

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANICE DE FÁTIMA AHMAD BALDUINO

CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO

CURITIBA

2014

ANICE DE FÁTIMA AHMAD BALDUINO

## CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maria de Fátima Mantovani  
Coorientadora: Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2014

Balduino, Anice de Fátima Ahmad

Autogestão dos cuidados em saúde do hipertenso / Anice de Fátima Ahmad  
Balduino – Curitiba, 2014.

209 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de  
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Hipertensão. 3. Doença crônica. 4. Autogestão.  
I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Lacerda, Maria Ribeiro. III. Universidade  
Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.132

## TERMO DE APROVAÇÃO

ANICE DE FÁTIMA AHMAD BALDUINO

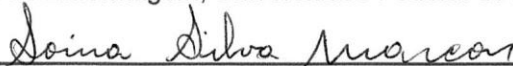
### CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, no curso de Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná , área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem; linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, pela banca examinadora:

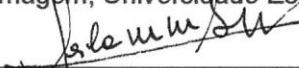
Orientador:



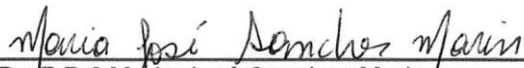
Profª Drª Maria de Fátima Mantovani  
Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná



Profª Drª Sonia Silva Marcon  
Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá



Profª Drª Leila Maria Mansano Sarquis  
Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná



Profª Drª Maria José Sanches Marin  
Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Marília



Profª Drª Marilene Loewen Wall  
Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 17 de novembro de 2014

*Dedico está pesquisa a todos os doentes crônicos*

## *AGRADECIMENTOS ESPECIAIS*

*A Profª Drª Maria de Fátima Mantovani e Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda ilustres orientadoras, professoras compreensivas e profissionais competentes, o meu muito obrigada por continuarem presentes na minha vida e me orientarem através dos seus conhecimentos, sensibilidade, sabedoria, paciência e confiança. Toda a dedicação dispensada foi o que contribuiu para que esta investigação pudesse se concretizar, possibilitando-me um caminhar criativo e reflexivo, incentivando-me a buscar e a desenvolver uma consciência de pesquisadora.*

*Aos participantes desta pesquisa, na condição de doentes crônicos e de profissionais de saúde, o meu muito obrigada pelas suas contribuições e disponibilidades, sem os quais não teria sido possível o desenvolvimento desta tese.*

## AGRADECIMENTOS

Ficam aqui os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu Deus onipotente universal, eu agradeço todas as horas por ser Sua filha sempre abençoada e por guiar-me em toda trajetória deste estudo. Também, as Forças Espirituais Positivas do Universo, presentes em todos os momentos desta caminhada. Muito obrigada, Senhor e as Forças Espirituais Positivas do Universo, que estão presente em minha vida, por serem a luz da minha mente, do meu espírito e do meu corpo.

À minha mãe Diva e ao meu pai Mahmoud (*in memoriam*), os quais me ensinaram várias lições de vida, transmitindo-me o amor ao próximo e o processo *de ser* e o de *se tornar a ser*.

Ao meu amado esposo João, que soube entender a minha ausência no cotidiano da vida, sempre compartilhando as inquietações e as conquistas durante esse período.

À minha querida filha Layla, muito obrigada por você existir, pois a cada dia você me inspirava e me estimulava a continuar neste desafio.

À minha irmã Faride e ao meu irmão Abdel Naser, que mesmo estando distantes, sempre torceram pela conquista desta vitória.

Às professoras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Felismina Mendes, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Maria Labronici, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Guerreiro Vieira da Silva, os meus sinceros agradecimentos por participarem da banca de qualificação, por suas riquíssimas contribuições.

Às professoras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Silva Marcon, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Sanches Marin, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilene Wall, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Maria Mansono Sarquis, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine D. Cruz, Felismina Mendes, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciane Favero, os meus sinceros agradecimentos por se disporem a participar da banca de defesa desta tese.

A todas as professoras do Curso de Doutorado - UFPR que estiveram presentes nessa minha trajetória, obrigada pelas valiosas contribuições a esta pesquisa.

Ao Grupo de Estudo Multiprofissional da Saúde do Adulto (GEMSA), pelo aprendizado e experiência apreendida.

Ao Grupo Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), por acolher-me durante a aprendizagem da *Grounded Theory* e a validação da teoria substantiva construída. Agradeço em especial os membros do grupo de especialista que estudam a *Grounded Theory*.

À Msc Soriane Kieski Martins, que me orientou quanto a minha inserção no cenário da pesquisa.

Às colegas do Curso de Doutorado, Rosibeth Carmen Muñoz Palm e Maria Elisa Brum do Nascimento pelo apoio e companheirismo nos momentos de amizade e de reflexão.

A todas as colegas do Curso de Doutorado – UFPR, pela convivência, momentos de descontração e aprendizados.

À Universidade Federal do Paraná pelo privilégio de ter iniciado a minha vida acadêmica e profissional, na qual venho obtendo aprendizagem e convivência com os professores e os profissionais da área de saúde desde a graduação, mestrado e doutorado, a minha gratidão.

À querida madrinha Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anely Ribeiro pela delicadeza, carinho, estímulo fornecidos e disponibilidade no decorrer dessa pesquisa.

À Alcioni Freitas, secretária do Curso do Programa Mestrado da UFPR, pelo profissionalismo e dedicação.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste estudo.



*O que não podemos fazer é nos alçar para além de todas as comunidades humanas, possíveis e atuais. Nós não podemos encontrar um gancho celeste que nos erga para fora da mera coerência – da mera concordância – até algo como a correspondência com a realidade como é nela mesma.*

*Richard Rorty, 1997*

## RESUMO

BALDUINO, A. F. A. **CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO**. 2014. 209f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadoras: Profª Drª Maria de Fátima Mantovani e Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda.

O hipertenso ao gerenciar o seu cuidado de saúde assume as repercussões que o adoecimento ocasiona e reconhece o impacto que a doença crônica traz para o seu cotidiano, tanto nos aspectos físicos e sociais quanto psicológicos e emocionais, adotando um papel diferenciado, pois se identifica como alguém que possui uma doença e vivencia o adoecer de forma peculiar. Assim, os objetivos desta pesquisa foram: interpretar como o enfermo crônico hipertenso realiza a autogestão do cuidado em saúde e construir uma teoria substantiva que explicita a autogestão do cuidado em saúde do hipertenso. Trata-se de uma investigação qualitativa que utilizou a *Grounded Theory* Construtivista. Para a construção da teoria foram realizadas 38 entrevistas semiestruturadas, no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2014 com três grupos amostrais, sendo os dois primeiros com indivíduos atendidos nas Unidades Municipais de Saúde do Distrito Sanitário da Boa Vista da Prefeitura Municipal de Curitiba, cadastrados e que frequentavam o Sistema de Gestão Clínica da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* da Atenção Básica (SISHIPERDIA) e o terceiro com profissionais de saúde da equipe interdisciplinar de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS). O primeiro foi composto por 14 indivíduos com Hipertensão arterial sistêmica que não apresentavam sequela aparente da doença ou complicação, com idade entre 18 e 59 anos; o segundo foi formado por 14 hipertensos com mesma faixa etária e que participavam de um grupo estruturado orientado de exercício físico e fisioterapia e o terceiro foi constituído por 10 participantes da equipe interdisciplinar de saúde. A coleta e análise dos dados foram realizadas concomitantemente, sendo utilizada codificação inicial, focalizada e axial. Os participantes permitiram interpretar o fenômeno “Construindo a Autogestão dos cuidados em saúde do hipertenso”, composto por seis categorias e uma central “Vivenciando para autogestão de cuidados em saúde do hipertenso”. As causas foram explicitadas na categoria “Iniciando o processo de adoecimento”, as condições intervenientes em “Permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento”, as estratégias foram “Entendendo o processo de adoecimento” e “Incorporando comportamentos para autogestão do processo de adoecimento”, o contexto “Sendo atendido no sistema de saúde” e as consequências “Experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento”. A teoria substantiva permitiu visualizar o movimento entre o identificar-se com a doença dentro de um determinado contexto, apesar das fragilidades e da aceitação do processo de adoecimento para autogerir os cuidados em saúde. Desta maneira, o hipertenso necessita manter proativo em relação a sua saúde e na convivência com sua família e comunidade. Igualmente, assumir a nova identidade de hipertenso e gerenciar seu cuidado, considerando os aspectos familiares, crenças, valores e percepções das atribuições que a doença crônica acarreta numa interação com o meio em que o indivíduo convive.

Palavras Chave: Enfermagem. Hipertensão. Doença Crônica. Autogestão.

## ABSTRACT

BALDUINO, A. F. A. **BUILDING HEALTHCARE SELF-MANAGEMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS**. 2014. 209p. [Nursing Doctorate] Thesis. Federal University of Paraná, Curitiba. Advisors: Prof. Maria de Fátima Mantovani, PhD, and Prof. Maria Ribeiro Lacerda, PhD.

By managing their healthcare, hypertensive patients assume the repercussions that their disease brings about, and recognize the impact that chronic diseases cause in their daily lives, not only in social aspects but also in psychological and emotional ones, adopting a differentiated role as they identify themselves as someone who suffers from an illness and experiences it in a unique way. Thus, the goals of this research were: to interpret how chronic hypertensive patients carry out their healthcare self-management, and to build a substantive theory which elucidates hypertensive patients' healthcare self-management. It is a qualitative investigation, which made use of the Constructivist Grounded Theory. Thirty-eight (38) semi-structured interviews were held in order to build the theory between September, 2012 and February, 2014, with 3 sample groups, being the first two groups with individuals assisted at the Municipal Health Centers from Boa Vista Sanitary District of Curitiba City Hall, Paraná State/Brazil. They were registered and attended the Clinical Management System of Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus (SISHIPERDIA, in Portuguese). The third group comprised health professionals from the interdisciplinary health team of the Family Health Support Center (NASF, in Portuguese), Family Health Strategy (ESF, in Portuguese), and Primary Healthcare Unit (UBS, in Portuguese). The first group comprised 14 individuals with Arterial Hypertension, who did not present any apparent disease sequels or complications, ages ranging from 18 to 59 years; the second group entailed 14 hypertensive patients, the same age range, who participated in an oriented, structured group of physical exercises and physical therapy, and the third group comprised 10 participants from the interdisciplinary health team. Data collection and analysis were held simultaneously by means of initial, focused and axial coding. The participants enabled to interpret the phenomenon "Building healthcare self-management of hypertensive patients", entailing 6 categories and a central one, "Experiencing healthcare self-management". The causes were clarified in the category "Beginning the disease process", the intervening conditions in "Remaining passive in relation to the disease process", the strategies were "Understanding the disease process" and "Incorporating behaviors for the self-management of the disease process", the context in "Being assisted by the health system", and the consequences in "Experiencing attitudes and actions for control and treatment of the disease process". The substantive theory enabled to visualize the move between their own identification with the disease in a given context, in spite of the weaknesses, and the acceptance of the disease process in order to self-manage their healthcare. Thus, the hypertensive patients need to continue being proactive in relation to their own health, and in the coexistence with their family and community. Likewise, they must assume their new identity as hypertensive and manage their healthcare considering aspects such as family, beliefs, values and perceptions of the attributions that chronic diseases encompass in an interaction with the environment that these individuals live in.

**Key words:** Nursing. Hypertension. Chronic Disease. Self-management.

## LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 -	AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE .....	56
DIAGRAMA 2 -	GRUPOS AMOSTRAIS COM RESPECTIVOS NÚMEROS DE PARTICIPANTES .....	80
DIAGRAMA 3 -	MODELO DE INTERCONEXÃO DA CATEGORIA COM SUBCATEGORIAS E COMPONENTES .....	89
DIAGRAMA 4 -	CATEGORIA “INICIANDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO”, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES ..	93
DIAGRAMA 5 -	CATEGORIA “PERMANECENDO PASSIVO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ADOECIMENTO” E SUBCATEGORIAS.....	101
DIAGRAMA 6 -	CATEGORIA “ENTENDENDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO”, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES...	108
DIAGRAMA 7 -	CATEGORIA “INCORPORANDO COMPORTAMENTOS PARA AUTOGESTÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO”, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES...	119
DIAGRAMA 8 -	CATEGORIA “SENDO ATENDIDO NO SISTEMA DE SAÚDE”, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES.....	129
DIAGRAMA 9 -	CATEGORIA “EXPERIENCIANDO ATITUDES E AÇÕES NO CONTROLE E TRATAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO”, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES...	143
DIAGRAMA 10 -	CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO.....	170

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PRIMEIRO E SEGUNDO GRUPOS AMOSTRAIS.....	76
QUADRO 2 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL .....	79
QUADRO 3 -	MODELO DE CODIFICAÇÃO INICIAL .....	84
QUADRO 4 -	MODELOS DE MEMORANDOS.....	85
QUADRO 5 -	MODELO DE CODIFICAÇÃO FOCALIZADA .....	86
QUADRO 6 -	CATEGORIAS DO FENÔNOMO “CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO”.....	88
QUADRO 7 -	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS .....	94

## LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
CARMEN	-	Conjunto de Ações da Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CDC	-	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CCM	-	<i>Chronic Care Model</i>
DALY	-	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DataSUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DANT	-	Doenças de Agravos Não Transmissíveis
DCNT	-	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	-	Doença Cardiovascular
DM	-	Diabetes <i>Mellitus</i>
DSBN	-	Distrito Sanitário Bairro Novo
DSBV	-	Distrito Sanitário Boa Vista
DSBQ	-	Distrito Sanitário Boqueirão
DSCJ	-	Distrito Sanitário Cajuru
DSCIC	-	Distrito Sanitário Cidade Industrial
DSMZ	-	Distrito Sanitário Matriz
DSPN	-	Distrito Sanitário Pinheirinho

## LISTA DE SIGLAS

DSPO	-	Distrito Sanitário Portão
DSSF	-	Distrito Sanitário Santa Felicidade
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EUA	-	Estados Unidos da América do Norte
GEMSA	-	Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto
GT	-	<i>Grounded Theory</i>
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	-	Instituto Nacional de Câncer
MACC	-	Modelo de Atenção para as Condições Crônicas
MC	-	Mapa Conceitual
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPECHE	-	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
NHANES	-	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONGs	-	Organizações Não Governamentais
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	-	Pressão Arterial

## LISTA DE SIGLAS

PAD	-	Pressão Arterial Diastólica
PAS	-	Pressão Arterial Sistólica
PNAN	-	Política de Alimentação e Nutrição
PPGENF	-	Programa de Pós Graduação de Enfermagem
SISHIPERDIA	-	Sistema de Gestão Clínica da Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i> da Atenção Básica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SCS	-	Setor de Ciências da Saúde
SVS	-	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
USA	-	<i>United States of America</i>
RISS	-	Redes Integradas de Serviços de Saúde
VIGITEL	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	24
2.2	PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOLÓGICA DA DOENÇA CRÔNICA.....	32
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>41</b>
3.1	O IMPACTO DA ENFERMIDADE CRÔNICA NA AUTOIDENTIDADE DO INDIVÍDUO.....	41
3.2	AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE NA DOENÇA CRÔNICA....	49
3.3	O PROCESSO DE ADOECIMENTO CRÔNICO DE ADULTOS.....	58
<b>4</b>	<b>DELINEANDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>63</b>
4. 1	DEFINIÇÃO DE <i>GROUNDED THEORY</i> .....	63
4. 2	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DO MÉTODO.....	65
4.3	USANDO O MÉTODO DA <i>GROUNDED THEORY</i> CONSTRUTIVISTA ....	69
<b>5</b>	<b>SEGUINDO O PERCURSO DO REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>72</b>
5.1	INICIANDO O MÉTODO DA <i>GROUNDED THEORY</i> CONSTRUTIVISTA..	72
5.1.1	Tipo de estudo.....	72
5.1.2	Local do estudo.....	73
5.1.3	Apresentando amostragem teórica.....	74
5.1.4	Entrando no campo e coletando os dados.....	81
5.1.5	Percorrendo a codificação dos dados.....	83
5.1.6	Respeitando os aspectos éticos.....	89
5.1.7	Validação da teoria.....	90
<b>6</b>	<b>APRESENTANDO OS DADOS.....</b>	<b>93</b>
6.1	INICIANDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	95
6.1.1	Descobrimos-nos com a Hipertensão Arterial Sistêmica.....	96
6.1.2	Necessitando de atendimento para os problemas de saúde .....	99
6.2	PERMANECENDO PASSIVO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	101
6.2.1	Desacreditando no processo de adoecimento.....	102

6.2.2	Alegando o desconhecimento da hipertensão e colesterol no organismo.....	103
6.2.3	Desmotivando-se a procurar ajuda de profissionais de saúde.....	104
6.3	ENTENDENDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	107
6.3.1	Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	108
6.3.2	Aceitando-se com Hipertensão Arterial Sistêmica.....	111
6.4	INCORPORANDO COMPORTAMENTOS PARA AUTOGESTÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	118
6.4.1	Despertando atitudes em saúde.....	119
6.4.2	Apreendendo as informações da autogestão do processo de adoecimento.....	123
6.5	SENDO ATENDIDO NO SISTEMA DE SAÚDE.....	129
6.5.1	Relacionando-se com os profissionais de saúde.....	129
6.5.2	Percebendo necessidade de recursos para o cuidado do hipertenso.....	139
6.6	EXPERIENCIANDO ATITUDES E AÇÕES NO CONTROLE E TRATAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	142
6.6.1	Motivando-se para o cuidado .....	143
6.6.2	Realizando atividades e exercícios físicos .....	149
6.6.3	Alimentando-se corretamente para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	154
6.6.4	Acompanhando os níveis pressóricos.....	157
6.6.5	Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa.....	159
<b>7</b>	<b>CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO.....</b>	<b>165</b>
<b>8</b>	<b>DIALOGANDO COM OS AUTORES.....</b>	<b>171</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>184</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>186</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>198</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>206</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao lidar com a doença crônica o indivíduo passa a depender de muitas decisões, como se o problema crônico fosse o mediador de suas ações. Na fase do diagnóstico é que se iniciam as incertezas com o futuro: ele precisa aprender qual é o padrão dos sintomas, quando aparecem e quanto tempo duram, como preveni-los, como diminuir a sua intensidade. De fato, ao identificar as alterações e adquirir conhecimentos durante todo o processo de adoecimento ele, conseqüentemente, passa autogerir o seu cuidado (MENDES, 2005; MANTOVANI; MENDES, 2014).

Nessa perspectiva, gerenciar o cuidado de saúde para o doente é assumir as repercussões que o adoecimento ocasiona. Para tanto, torna-se necessário reconhecer o impacto que a doença crônica traz para o seu cotidiano tanto nos aspectos físicos e sociais quanto nos psicológicos e emocionais. Isso faz com que ele passe a adotar um comportamento diferenciado, uma vez que se identifica como alguém que possui uma doença, vivenciando o adoecer de forma peculiar.

O vocábulo gerenciar significa a arte de pensar, decidir e agir ou de fazer acontecer, de obter resultado; também consiste em ação que pode ser definida, prevista, analisada, a qual deve ser alcançada por meio de indivíduos numa interação humana constante (MOTTA, 2001). Desta forma, conforme Lorig (2002), o doente é considerado consumidor, e o sistema de saúde, um prestador de cuidados em saúde.

Nessa dimensão, gerenciar uma condição crônica continua sendo prioridade, e a recuperação do indivíduo não deve ser negligenciada no seu atendimento. O tratamento de rotina e a gestão da doença<sup>1</sup> ocorrem mais em casa do que na unidade de saúde, e os enfermos e familiares tornam-se participantes ativos da terapêutica e do cuidado (CHARMAZ; ROSENFELD, 2010). Sabe-se que o indivíduo com doença crônica tende a desenvolver um conjunto de aprendizagens e estratégias que lhe permitem viver com a doença, e a autogestão pode ter influência

---

<sup>1</sup> Existe diferença entre enfermidade e doença; a primeira é a experiência da pessoa com a doença, incluindo seus impactos sociais e psicológicos; a segunda é o processo ou estado biológico indesejável afetando o indivíduo (CHARMAZ; ROSENFELD, 2010, p. 312). O termo *enfermidade* é utilizado neste estudo em algumas citações e substituindo o termo doente por enfermo quando se fizer necessário.

no nível da manutenção e melhoria da sua condição de saúde (NOVAIS *et al.*, 2009).

Segundo Balduino *et al.* (2013, p. 37), a autogestão é considerada como “um processo dinâmico e ativo, requerendo conhecimento, atitude, disciplina, determinação, comprometimento, autorregulação, empoderamento e autoeficácia, a fim de gerir a doença para o alcance de um viver saudável”.

O doente crônico pode percorrer muitos caminhos, embora existam estudos que tratam das incumbências do adoecimento desde a década de 50. (GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989; BURY, 1982; 1991; 2011; CHARMAZ; ROSENFELD, 2010; RIER, 2010). Ainda, segundo esses autores existem lacunas a serem preenchidas em relação à autogestão do cuidado em saúde desses enfermos, pois segundo a OMS, a Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) pode ser responsável por um aumento das mortes na próxima década – 15% entre 2010 a 2020, com uma previsão de aproximadamente 20% nas regiões da África, Sudeste da Ásia e Leste do Mediterrâneo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; 2011b).

Consoante o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde (OMS), a DCNT, apesar de seu rápido crescimento e distribuição desigual, o impacto humano e social causado, a cada ano, por mortes relacionadas a elas poderia ser evitado mediante prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; 2011b). Em 2012, a OMS aprovou uma nova e importante meta de saúde, que é reduzir a mortalidade por DCNT em 25% até 2025 (HORTON, 2013).

No Brasil, esse conjunto de doenças são responsáveis por 72% das causas de mortes, sendo que 31,3% estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, 16,3% ao câncer, 5,2% ao diabetes e 5,8% doença respiratória crônica. As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas pertencentes a grupos vulneráveis, como indivíduos de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011a).

A doença crônica caracteriza-se por uma história natural prolongada, na qual há multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, extenso curso assintomático e andamento clínico prolongado e permanente. Ainda, por manifestações clínicas com períodos de remissão, exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade até para a morte (LESSA, 1998; BRASIL, 2008a).

Neste contexto, o cuidado em saúde tem como finalidade o controle da evolução, dos sintomas e das complicações, com foco voltado à manutenção da qualidade de vida dos indivíduos com doença crônica (MENDES, 2005). A doença crônica provoca a reestruturação do cotidiano, uma vez que os doentes e seus familiares têm que aprender a viver com ela, e administrá-la, pois quando surgem os cuidados predominantes passam a ser de compreensão e de manutenção da vida (NOVAIS *et al.*, 2009).

Na gestão cotidiana da doença crônica, o doente assume o papel de protagonista, sendo que diariamente lida com ela, no que diz respeito ao seguimento e administração das terapêuticas prescritas, e passa a depender de muitas decisões que devem ser tomadas em relação a sua doença e tratamento (MANTOVANI; MENDES, 2014).

Há também um impacto dessa enfermidade na vida diária, no que diz respeito às relações sociais focadas no manejo do corpo estigmatizado e nos comportamentos corporais causados por ela. Esta corrói o senso de perseverança do eu e a habilidade de planejar e de prever futuras ações, o que impõe um problema focal ao indivíduo com doença crônica e aos seus familiares. Consequentemente, ocorre a incerteza que permeia todo o seu viver (BURY, 1991; CHARMAZ; ROSENFELD, 2010).

Portanto, compreender principalmente os impactos sociais que a experiência da doença crônica requer considerar sua manifestação em contextos sociais mais amplos, influenciados por um rápido crescimento do conhecimento, da compreensão da doença crônica e da experiência do processo de adoecer (HIGGINBOTTOM, 2006; CHARMAZ; ROSENFELD, 2010).

Levando em conta tais exposições, este estudo tem como foco o enfermo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada uma das mais prevalentes doenças crônicas, a qual consiste em condição clínica multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Frequentemente, a HAS associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Geralmente, a HAS na fase adulta é desconhecida pela metade dos doentes e, entre aqueles que a conhecem, somente metade recebe algum tipo de assistência para seu controle, ficando quase 75% de todos os casos sem nenhum tipo de atenção à saúde. Em decorrência disso, aproximadamente 60% destes apresentam algum tipo de complicação microvascular no diagnóstico inicial, o que gera uma percentagem de doentes com complicações irreversíveis, como a perda da visão e problemas renais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

A partir dessas explanações, a proposta neste estudo é demarcar diferentes pontos de vista, a fim de compreender o objeto deste estudo: a autogestão dos cuidados em saúde do hipertenso.

A opção por esta temática se justifica em razão de uma inquietação em compreender as ações de cuidados em saúde ao hipertenso nas interações do cotidiano, uma vez que tais doentes fizeram parte de minha vida profissional. Sempre que esses chegavam à unidade em que laborei, senhoras ou senhores, na faixa etária entre 45 a 70 anos, geralmente, apresentavam dispneia, edema e HAS. Vinham aparentemente fragilizados e, frequentemente, eram hospitalizadas.

Quando os admitia dentro do quadro descrito, ocorriam-me várias reflexões e, entre elas, que me era mais relevante: *Por que esse enfermo sempre volta com uma ou mais complicações? Por que não se autocuida? Por que a família não o cuida?* Isso fez com que naquela oportunidade eu e os profissionais de enfermagem nos mobilizássemos para efetuar aconselhamentos que pudessem repercutir nos cuidados em saúde, incluindo aqueles relativos a consumo de alimentação, tabaco e álcool, e uso de medicamentos. Entretanto, nem sempre essa tentativa surtia efeito, e o reflexo disso eram as reinternações, em sua maioria por falta de adesão terapêutica. Além disso, constatava-se que a família permanecia distante do problema do familiar doente.

Em razão desses questionamentos, durante o Curso de Mestrado na Universidade Federal do Paraná, em 2007, procurei identificar e descrever os elementos evidenciados no processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca em uma instituição hospitalar. Como resultado, três elementos se destacaram: o cuidar, a prática do cuidar/cuidado e a promoção da saúde.

Com relação ao último item – promoção da saúde – o enfermeiro, daquele estudo, desenvolveu suas ações continuamente, visando à mediação do

conhecimento para reduzir e/ou amenizar os fatores de risco dos doentes crônicos cardíacos, proporcionando-lhes conscientização da relevância dessa ação para a sua qualidade de vida.

Os anos se passaram e, então, retornei à academia para cursar o doutorado da mesma universidade. Desta vez, com a finalidade de pesquisar outro indivíduo do cuidado, em outro cenário – o enfermo com PA elevada nas Unidades Básicas de Saúde, que representam o primeiro contato do indivíduo acometido pela doença crônica ou HAS com o serviço de saúde. Na minha avaliação, esse enfermo necessita de cuidados e precisa tomar decisões em relação ao seu estado de saúde, apesar de, muitas vezes, desconhecer sua enfermidade e algumas complicações inerentes a ela.

Diante desse quadro, **defendo** que a autogestão dos cuidados de saúde do enfermo crônico está relacionada à sua vivência, aprendizagem, e ao grau de adoecimento, o que me levou à elaboração da seguinte **questão norteadora**: Como o enfermo crônico experiencia sua autogestão de cuidados? Cujos objetivos são os seguintes:

- Interpretar como o enfermo crônico hipertenso realiza a autogestão do cuidado em saúde;
- Construir uma teoria substantiva que explicita a autogestão do cuidado em saúde do hipertenso.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são realizadas as ponderações da revisão de literatura acerca da HAS e da perspectiva epidemiológica e sociológica das doenças crônicas.

### 2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A OMS define HAS como Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\geq 140\text{mmHg}$  e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\geq 90\text{mmHg}$  ou quando o doente está em uso de medicamento para baixar a pressão. A HAS agrega as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas. Consequentemente, aparecendo o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a, 2011b; UNITED STATES OF AMERICA, 2011a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS é denominada de assassina silenciosa, geralmente a doença raramente causa sintomas nas fases iniciais, consequentemente, os indivíduos não a percebem, assim muitos hipertensos não são diagnosticados. Ainda, aqueles que são diagnosticados, muitas vezes, não tem acesso ao tratamento, e nem são capazes de controlar com sucesso sua enfermidade em longo prazo. (UNITED STATES OF AMERICA, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O aumento da prevalência de hipertensão é atribuído ao crescimento da população mundial, ao envelhecimento e a fatores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, uso nocivo do álcool, falta de atividade física, excesso de peso e exposição persistente ao estresse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A HAS, além de ser tratável, é passível de ser monitorizada clinicamente e, na trajetória dos indivíduos, leva-os a ter Doença Cardiovascular (DCV) sintomática (SCHMIDT, 2011).



Mundialmente, ela é considerada o maior fator de risco das DCV, e um problema global de saúde pública (LESSA, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) afirmam que a HAS é um fator de risco modificável para as DCV. Ela afeta um em três adultos nos Estados Unidos e contribui para uma em cada sete mortes e para quase a metade de todas as mortes relacionadas a essas doenças. Os níveis pressóricos têm se mostrado progressivamente como risco para essas doenças (UNITED STATES OF AMERICA, 2011a).

No país a prevalência em diagnóstico médico prévio de Diabetes *Melittus* (DM) e HAS estimada na população adulta foi de 6,3% e 23,3%. Essas duas doenças crônicas constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde no Brasil e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações. As outras DCNT seguem um padrão semelhante e, em 2007, foram a principal causa de óbito, destacando-se as doenças do aparelho circulatório 29,4%, e as neoplasias 15,4% (BRASIL, 2010c).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSUS) mostra que, em Curitiba, a prevalência HAS diagnosticada por médico no ano de 2006 em ambos os sexos foi de 21,0%, sendo 18,6% masculino e 23,1% feminino; em 2007, foi de 20,6%, sendo 18,0% masculino e 22,8% feminino; em 2008, de 21,2%, sendo 17,5% masculino e 24,5% feminino; e em 2010, de 23,0%, sendo 20,8% masculino e 24,9% feminino (BRASIL, 2010b). Em 2012, segundo a VIGITEL 2012, em ambos os sexos a prevalência de HAS foi de 24,2%, sendo 21,2% masculino e 26,8% feminino (BRASIL, 2013c).

Sabe-se que a HAS é decorrente de múltiplos fatores de risco e resulta da interação entre carga genética e o meio ambiente. Os fatores de risco intervêm nos mecanismos hemodinâmicos, neurais e hormonais, quando ocorrem variações de diferentes estímulos que interagem para regular a pressão arterial (LESSA, 2002).

O Ministério da Saúde (MS) divulgou que quase um quarto dos brasileiros adultos tem hipertensão, e o controle da doença tem diminuído o número de complicações, pois, em 2012, chegaram ao menor índice nos últimos 10 anos (BRASIL, 2013a).

Em 2013, o MS, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), iniciou uma pesquisa nacional de saúde para dimensionar a

subnotificação de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Foram selecionados 80 mil domicílios brasileiros, nos quais os participantes teriam aferido a PA e realizado exames laboratoriais para a verificação de níveis de sódio, potássio, creatinina na urina e colesterol, também sorologia de dengue, hemograma e hemoglobina glicada. A obesidade teria sido avaliada a partir da medição do peso, da altura. Realizou-se ainda, a avaliação dos estilos de vida dos indivíduos, como alimentação, sofrimento de algum preconceito no sistema de saúde e a existência de animais de estimação no domicílio (BRASIL, 2013b).

Um dos resultados do estudo supra, apontou que 39,3% dos brasileiros adultos com 18 anos ou mais, foram diagnosticados com pelo menos uma das 11 DCNT como câncer, depressão, colesterol alto, DM, HAS, DCV, AVC, asma, insuficiência renal, problemas de coluna e problemas osteomoleculares. Todas essas doenças respondem por mais de 70% das mortes no país. Ainda, tem 31,3 milhões de hipertensos (21, 4% do total), 2,2 milhões de indivíduos com AVC; 12,5% diagnosticada com hipercolesterolemia; 6,2% com DM e 4,2% com alguma DCV (BRASIL, 2014a).

Estima-se que a HAS causa morte em 7,5 milhões de indivíduos no mundo, o que representa 12,8% do total de mortes, anualmente. Isso aponta para 57 milhões de Anos de Vida Ajustados por incapacidades ou *Disability Adjusted Life Years (DALY)* ou 3,7 do *DALY* total. A HAS é um fator de risco para doença coronariana, isquêmica e hemorrágica, e para acidente vascular encefálico. Em algumas faixas etárias, o risco de DCV dobra a cada aumento incremental de 20/10mmHg de PA. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a, 2011b). Ainda, a HAS afeta as populações desproporcionalmente em países de baixa e média renda, onde os sistemas de saúde são morosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Além das doenças coronarianas e do acidente vascular cerebral, existem outras complicações, tais como a insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, insuficiência renal, hemorragia de retina e deficiência visual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; 2011b).

A OMS publicou, em 2003, um documento denominado Adesão aos tratamentos de longo prazo: evidências para ação, no que tange à HAS conclui que os doentes necessitam de apoio e aconselhamento de profissionais de saúde. Essa é uma condição para que eles sejam capazes de entender a importância de manter o controle da PA, além de usar os medicamentos de forma racional, lidar com doses

perdidas e identificar eventos adversos, sabendo o que fazer quando eles ocorrerem. Ainda, nesse documento, a OMS recomenda aos pesquisadores que tenham como objetivo mais compreensão dos determinantes da adesão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A não adesão ao tratamento é um fenômeno de etiologia multifatorial. Existem intervenções para aumentar esse comportamento dos portadores de doenças crônicas, indicadas aos profissionais de saúde. As principais recomendações preconizadas–Centro de Estudos de Medicina Baseados em Evidências, da Faculdade de Medicina de Lisboa, denominadas Normas de Orientação Clínica, conforme Bugalho e Carneiro (2004), salienta que os profissionais de saúde devem estar em alerta permanente para o problema da má adesão e adquirir técnicas que lhes permitam estimular o aumento desse comportamento às terapêuticas por eles prescritas.

Ainda, as estratégias que combinam com as intervenções comportamentais e educacionais têm maior sucesso no aumento das taxas de adesão do que uma daquelas individualmente. Também, o indivíduo com doença crônica que faltar às consultas deve ser tirado do programa e convocado para uma nova consulta e o seguimento desses doentes deve ser mantido durante um período longo e, muitas vezes, indefinidamente (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Com isso, os profissionais de saúde podem gerenciar os cuidados em saúde dos doentes crônicos, pois mediante estratégias podem instruí-los por meio de ações educativas e sociais, cuja finalidade fazer com que o indivíduo HAS seja corresponsável por seu cuidado cotidianamente.

Em 2007, os óbitos por doenças do sistema circulatório foram de 29,4% do total de óbitos no país. Nesse mesmo ano, a doença cerebrovascular foi primeira causa de óbito na população, correspondendo a 9,2% da mortalidade geral. Também os óbitos por infarto do miocárdio foram 6,8% da mortalidade geral, e doença hipertensiva foi uma causa importante de óbito que correspondeu a 3,7% da mortalidade geral. Já em 2008, para enfermidade isquêmica do coração e cerebrovascular foram de 50,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2010b).

Em 2008, a OMS apontou que a prevalência mundial de HAS em adultos com idade acima de 25 anos foi em torno de 40%. No entanto, por causa do aumento populacional e do envelhecimento, o número de pessoas com HAS aumentou para quase um bilhão. A prevalência de HAS foi maior na África para

ambos os sexos – 46% –, e a menor prevalência foi nas Américas – 35% em ambos os sexos. Os homens apresentam prevalência ligeiramente maior que as mulheres, mas essa diferença só foi estatisticamente significativa nas Américas e na Europa. Já em relação à renda, a prevalência da HAS foi elevada em torno de 40% nos países de baixa e média renda, nos países de alta renda foi inferior a 35% em ambos os sexos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a, 2011b; 2013).

A OMS relatou que 80% do total de mortes causadas por DCNT em 2010 ocorreram em países em desenvolvimento. Ainda, as mortes por esse tipo de enfermidade, no planeta, podem aumentar em 17% na próxima década. Na África, esse número poderá ser de 24% (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2011).

Conforme as informações brasileiras da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2009, os adultos receberam diagnósticos prévios de HAS em 24,4%, sendo maior em mulheres, 27,2%, do que em homens, 21,1%. Em ambos os sexos, o diagnóstico de HAS se torna mais comum com a idade, alcançando de 7,5% dos indivíduos entre os 18 aos 24 anos e na faixa etária de 55 anos ou mais obtendo 50% (BRASIL, 2010c).

Já segundo Brasil (2013c) existe 24,3% de hipertensos na população em geral, a ocorrência maior nas mulheres, 26,9%, do que nos homens, 21,3%. A incidência da hipertensão cresce à medida que aumenta a idade, ou seja, na faixa etária entre 18 a 24 anos, 3,8%, e acima de 55 anos atinge 59,2%. De acordo com o Ministério da Saúde, o índice de hipertensos permaneceu estável desde 2006, em que iniciou a pesquisa do MS por meio da VIGITEL.

Mundialmente, a HAS evidencia-se com elevada prevalência, e o seu custo social é alto. A HAS é considerada um importante fator de risco, sendo a causa mais frequente entre as outras doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2011b). Além disso, ela está associada às demais doenças e condições crônicas, tais como: doença renal crônica, diabetes, feocromocitoma e paragangliomas, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, síndrome de *cushing*, acromegalia, hipertensão renovascular, síndrome da apneia e hiponeia obstrutiva do sono, obesidade e síndrome metabólica, doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico (BRASIL, 2011b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Um estudo realizado pelos CDC analisou os dados da *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) sobre a prevalência, tratamento e controle da hipertensão entre os adultos americanos com idade  $\geq 18$  anos durante 1999 – 2001 e 2005 – 2008. Neles, o controle da hipertensão foi reportado como uma média da PAS/PAD  $< 140/90$ mmHg. Aqueles períodos a prevalência demonstrou, que aproximadamente, 68 milhões, 31% tinham HAS (UNITED STATES OF AMERICA, 2011b).

Estima-se que estes agravos podem representar mais de três quartos de todas as mortes em 2030, e 63% dos óbitos anualmente, 36 milhões de pessoas a cada ano. Já as mortes por DCV serão em torno de 23 milhões, um aumento de, aproximadamente, 37% em relação às taxas de 2004 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A adoção de comportamentos saudáveis pelos indivíduos poderia melhorar o controle de sua PA, segundo a OMS, pois se não forem tomadas medidas para reduzir a exposição aos fatores de risco comportamentais, por exemplo, alimentação inadequada, ingesta excessiva de sal e uso nocivo de álcool, tabaco e sedentarismo, a incidência da DCV, incluindo a HAS vai aumentar. A diminuição de 32% em média no consumo diário de sal, de 3.400 mg para 2.300 mg, poderia impactar em prevenção de HAS em até 11 milhões de casos (UNITED STATES OF AMERICA, 2011b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

As reduções posteriores no consumo de sódio para 1500 mg/dia da mesma forma poderiam abrandar a hipertensão em 16,4 milhões de casos. Iniciativas de redução de sal podem fazer uma ampla contribuição para a prevenção e controle de alta pressão sanguínea (UNITED STATES OF AMERICA, 2011b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Ainda, os profissionais de saúde (enfermeiros, nutricionistas, educadores de saúde e farmacêuticos), juntos, poderiam auxiliar no aumento da adesão dos medicamentos pelos indivíduos com HAS (UNITED STATES OF AMERICA, 2011b).

No entanto, programas verticais com foco no controle da hipertensão por si só não são produtivos; porém, programas integrados mediante atenção primária à saúde fazem diferenças significativas. Desta forma, os governos, sociedade civil, indústrias de alimentos e bebidas devem se unir em prol de intervenções integradas,

acessíveis, sustentáveis e eficazes na prevenção e controle da HAS dos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Sabe-se que o consumo excessivo, maior que 5g diárias é uma das causas da HAS. No Brasil, estabeleceram-se metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos, como a diminuição de sal em massas e pães (BRASIL, 2011a). O governo fez acordo com as empresas alimentícias e deste pacto espera-se uma melhora significativa de saúde da população brasileira.

Dentro desse contexto, o caráter prioritário do gerenciamento adequado da HAS requer ações articuladas nos três eixos evidenciados no Plano de Enfrentamento das DCNT, como a vigilância da hipertensão, das comorbidades e de determinantes, a integralidade do cuidado e a promoção da saúde. Desta forma, o investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis na coletividade (BRASIL, 2011a).

Os indivíduos de alto risco, e com DCV instituída podem ser tratados com regimes de baixo custo de medicamentos genéricos, reduzindo a probabilidade de morte ou eventos vasculares. Também pode haver intensos benefícios com medidas preventivas, como a cessação do tabagismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

Evidencia-se, nas recomendações das sociedades científicas, a necessidade da redução da PA, bem como dos outros fatores de risco, cuja finalidade central está na prevenção das DCV. Observa-se que o diagnóstico de HAS é realizado em 83% dos casos pela atenção primária. Assim, prevenir, identificar e tratar os fatores de risco deve ser a finalidade central na prática clínica cotidiana dos especialistas em medicina da família (PERDIGÃO; MAIA, 2009).

Conforme Marcolino e Santos (2009), os hipertensos correlacionam modos de viver e adoecer, sendo que os indivíduos conhecem os fatores de risco, mas têm dificuldades em seguir o estilo de vida saudável, em razão dos fatores estressores sociais e psicológicos, o que faz com que a PA mantenha-se elevada. Nesse sentido, é importante que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, apresente maneiras criativas de aconselhamentos e informações aos portadores de HAS, com o objetivo de incentivá-los à autogestão dos cuidados em saúde.

Esses comportamentos que o enfermeiro apresenta são relevantes porque o doente de HAS tem um viver complexo. Deve seguir uma manutenção da terapêutica diária, adotar as restrições alimentares impostas pela condição e

enfrentar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como a morosidade em marcar as consultas e exames e o retorno ao atendimento médico (MACIEL *et al.*, 2011).

Além dessas, o enfrentamento da cronicidade pelo hipertenso envolve a compreensão do significado da doença, conforme suas concepções de saúde/doença, alterações emocionais e físicas (CASTRO; CAR, 2000; MACIEL *et al.*, 2011). Assim, para o enfermo com HAS, conviver com a cronicidade significa lidar com o seu dia a dia fazendo mudanças no cotidiano. Para Mercado-Martínez e Hernández-Ibarra (2007), o indivíduo em condição crônica deve ter acompanhamento de consulta médica, rotina de exercícios e dietas específicas, importantes ao seu tratamento.

A condição de enfermidade coloca o enfermo diante de limitações, o que, consequentemente, modifica as relações familiares e no trabalho. Tal condição pode prejudicar seu modo de viver, além de fragilizar sua capacidade de decisão, podendo representar para ele uma agressão, a ideia de futuro incerto, de uma barreira, desafio, perda da liberdade, do autocontrole, da capacidade física, de amizades e de atividades sociais (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006).

Uma das ações de que o indivíduo com HAS necessita é a autogestão dos cuidados em saúde, que consiste em ter iniciativa e desempenho próprio da saúde, do bem-estar e, consequentemente, da manutenção da vida. Conforme Bastos e Borenstein (2004), para que o cuidado aconteça é necessário o conhecimento acerca da doença pelos doentes de PA elevada. Ao saberem de sua condição crônica, espantam-se e se preocupam, pois entendem como uma doença fatal. Isso faz com os indivíduos experienciem diferentes sentimentos e comportamentos (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008). Por isso, o hipertenso precisa de compreensão completa dos problemas que a HAS representa para sua saúde.

A maneira do enfermo se cuidar, segundo Carreira e Rodrigues (2006) e Maciel *et al.* (2011), é construída mediante as interações com o ambiente social em que ele está inserido e, ao mesmo tempo, na interação consigo mesmo. Também se constrói esse conhecimento por meio de conversas com familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde. Desta forma, essas constituem relações que funcionam como apoio para gerir o tratamento, e o enfrentamento da enfermidade se torna então mais simplificado (MACIEL *et al.*, 2011).

Dentro desse contexto, a atuação dos profissionais de enfermagem, assim como a dos familiares dos hipertensos, o respeito à sua condição de indivíduo, à sua capacidade de decisão acerca de si, ao modo de viver e à necessidade de minimizar possíveis sentimentos de perdas das incapacidades são muito importantes. Tudo isso pode proporcionar-lhes melhor enfrentamento da cronicidade (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006).

Conforme Pinotti, Mantovani e Giacomozzi (2008), para alguns doentes a percepção de hipertensão ocorre em razão das modificações de costumes que lhes trazem prazer e satisfação, as quais são necessárias para a manutenção da PA dentro dos limites de normalidade, seja mediante mudança de hábitos alimentares ou pela necessidade de ingerir medicamentos diariamente, e isso dificulta sua adesão.

Apesar disso, o conhecimento da doença pode estar relacionado ao fato de a HAS não manifestar sintoma ou desconforto, uma das razões do hipertenso não se comprometer com os comportamentos necessários para o seu controle. Normalmente, ele só compreende sua real situação quando qualquer alteração do seu estado físico o impede de trabalhar, comer, dormir ou de realizar alguma atividade (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Segundo Cruz; Esperanza e Osório (2011), quando aborda um indivíduo com HAS a respeito de mudança de estilo de vida, o profissional da saúde deve estar ciente de que está mediante indivíduo único com todos os componentes de sua individualidade.

## 2.2 PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOLÓGICA DA DOENÇA CRÔNICA

Nas décadas de 1960 e 1970 dois aspectos centrais de mudanças da saúde e da assistência à saúde tornaram-se evidentes na Sociologia, pelo menos na Grã-Bretanha e em outros países europeus. A primeira mudança foi de uma transição epidemiológica acentuada de um período de morbidade dominado por infecções para um período caracterizado de condições crônicas incapacitantes. A vida dos indivíduos, com o passar do tempo, transformou a enfermidade em doença crônica a



ser gerenciada, deixando aquela de ser apenas um problema biomédico que exige uma cura (BURY, 2011; CHARMAZ; ROSENFELD, 2010).

A segunda mudança foi o fato de que uma transição demográfica, estável e irreversível, estava a caminho, pois as taxas de fertilidade caíam ano a ano, e a expectativa média de vida aumentava. Tal processo foi acompanhado por maior sobrevida entre as populações mais idosas (BURY, 2011).

Nos países industrializados, as doenças crônicas começaram a ser prevalentes quanto à mortalidade em relação às doenças infecciosas, as quais necessitaram de reformas rápidas nas políticas públicas. Nessa década de 2000 foi chamado de transição da saúde, ocorrendo transformações contemporâneas dos cuidados em saúde, o que resultou em novo modelo da saúde (GIDDENS, 2006).

A partir da década de 1950, nos países desenvolvidos intensificou-se o olhar para a prevenção da doença crônica, pois foram direcionadas ações aos estudos clínicos e epidemiológicos em razão da transição epidemiológica. A partir disso, as técnicas de exames complementares sofisticados aperfeiçoaram as ações preventivas, com base no diagnóstico precoce (CZERESNIA, 2003).

Ao buscar auxílio do profissional, na década de 1970, os doentes crônicos procuravam resolver a situação alterada de suas vidas cotidianas. Embora a ajuda quanto ao funcionamento físico fosse importante, era também relevante à necessidade de compreensão na tarefa de construir ou reconstruir uma forma diferente de vida. Apesar de a Medicina tratar doentes individualmente como entidades distintas, a vida com uma doença crônica constantemente envolve a dinâmica social. As estratégias e táticas empregadas por indivíduos que vivem com doenças de longo prazo requerem atenção constante. O trabalho e o cuidado sem fim, em tais circunstâncias, têm uma pungência que o falar simplesmente de gerenciamento da doença não é capaz de transmitir (BURY, 2011).

A enfermidade crônica, como área de estudos científicos, foi inspirada por mudanças epidemiológicas e desafios etnográficos para a concepção social dominante de enfermidade. Tal mudança, aproximadamente no século XX, marcou a emergência de doença crônica como principal causa de morte, suplantando as enfermidades agudas que tinham prevalecido da doença infecciosa. Essa transição epidemiológica ocorreu imediatamente após outras três mudanças-chaves no mundo ocidental, como o aumento na expectativa de vida, a queda da mortalidade geral e,

especialmente, da mortalidade materna e infantil e a ultrapassagem de expectativa de vida das mulheres em relação aos homens (CHARMAZ; ROSENFELD, 2010).

Sabe-se que os fatores de risco podem ser não modificáveis – aqueles em que não se pode interferir, como sexo, idade e herança genética – e modificáveis, como o tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas. Ainda, nas Américas, em um levantamento realizado em 2002, os principais fatores de risco de mortes foram tabagismo, etilismo, HAS, obesidade, dislipidemias e falta de consumo de frutas e verduras (BRASIL, 2006b).

Em 2005, a OMS incluiu entre as DCNT, as DCV – cerebrovasculares, isquêmicas – as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e DM. Também incluiu aquelas enfermidades que contribuem para o sofrimento de indivíduos, famílias e sociedade, tais como as desordens mentais e doenças neurológicas, genéticas, bucais, ósseas, articulares, oculares e auditivas (BRASIL, 2008a).

A OMS tem como preceito que as DCNT requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de políticas públicas e de indivíduos em geral. Também essa estabelece o cuidado integral para DCV, respiratórias crônicas, neoplasias e DM uma vez que se referem ao conjunto de enfermidades, podendo contar, portanto, com uma abordagem comum para sua prevenção (BRASIL, 2008a).

As DCV devem ser conduzidas, segundo a OMS, por políticas do Sistema de Saúde, por meio das evidências científicas, para reorientar a prática com o objetivo de que os enfermos possam apresentar melhoras, podendo o profissional intervir de modo eficaz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Um Plano de Ação Global para 2013 – 2020 foi desenvolvido pela OMS e sua finalidade é fornecer um roteiro para a ação, liderada pelos países com vistas à prevenção e controle de DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Segundo a OMS, a epidemia global das DCNT tem sido amplamente ignorada, ou observada com menos importância que outras questões de saúde. O fato é que 80% das mortes mundiais por doenças crônicas ocorrem em países de baixa e média renda, sendo que homens e mulheres jovens e morrem prematuramente, mais que nos países de alta renda (BRASIL, 2011a).

Os três componentes essenciais, conforme a OMS, para o controle das DCNT: “monitoramento dos fatores de riscos; monitoramento da morbidade e mortalidade das doenças; respostas dos sistemas de saúde” (BRASIL, 2011a, p.

15). Com isso, seu impacto pode ser revertido mediante intervenções amplas e custo - efetividade de promoção de saúde para redução dos fatores de riscos, além de haver melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; DEATON; *et al.*, 2011).

As DCNT se encontram distribuídas em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo que a morbimortalidade causada por DCNT é maior na população mais pobre e em grupos vulneráveis (80%), embora a mortalidade bruta causada pelas DCNT tenha aumentado 5% entre 1996 e 2007, e a mortalidade por idade tenha diminuído em 20% (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011a; SCHMIDT; *et al.*, 2011). No Brasil, entre 2007 e 2012, as DCNT corresponderam a 72% das causas de mortes (BRASIL, 2011b).

Ainda, conforme a OMS, nas próximas décadas o número de mortes por DCNT em países de baixa e média renda será substancialmente aumentado devido ao crescimento da população e ao envelhecimento, em conjunto com a transição econômica, alterações comportamentais e fatores de risco ocupacional e ambiental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; 2011b).

No entanto, países da Europa Ocidental, América do Norte e algumas partes da América Latina estão fazendo progresso na redução do uso do tabaco, ingestão de sal e gordura e uso nocivo do álcool, bem como o aumento da atividade física, consequentemente, há diminuição de mortes em indivíduos com DCV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; 2011b).

As DCNT são largamente evitáveis mediante a melhoria do acesso as intervenções de saúde individuais, por conseguinte resulta a redução da melhoria do acesso significativo à saúde e ônus socioeconômico causados por essas doenças e seus fatores de risco. Neste século, os serviços de saúde pública nos países em desenvolvimento estão sobrecarregados por demandas crescentes para o atendimento dos indivíduos com doenças crônicas. Ao mesmo tempo, os gestores dos sistemas de saúde em países de média e baixa renda estão preocupados com um modelo baseado na assistência hospitalar focada no tratamento de doenças que, muitas vezes, está centrado em torno de hospitais de alta tecnologia. Hospitais estes que proporcionam tratamentos vastos para apenas uma pequena minoria de cidadãos (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011).

Nesse modelo, como resultado, existe uma proporção de indivíduos com alto risco cardiovascular que permanece sem diagnóstico, e mesmo aqueles

diagnosticados têm acesso insuficiente ao tratamento a nível primário de cuidados em saúde. Em contrapartida, as evidências sugerem que dois terços das mortes prematuras por DCNT, incluindo as DCV, podem ser prevenidos por prevenção primária e um terço com a melhoria dos sistemas de saúde para o atendimento eficaz e equitativo das necessidades dos indivíduos com doenças crônicas (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011).

As DCNT demoram alguns anos para aparecer na vida de um indivíduo, tendo origem, algumas vezes, em jovens. Consequentemente, sua emergência é influenciada pelas condições de vida; logo, não é unicamente o resultado de escolhas singulares. Desta forma, existem vários momentos de prevenção em razão de sua longa duração, **principalmente no caso dos doentes com HAS**, demandando um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento, o que requer dos serviços de saúde a necessidade de integrar suas respostas na abordagem (BRASIL, 2008a, grifo nosso).

Nas últimas três décadas, mundialmente, têm sido observadas a transição nutricional, como a obesidade e subnutrição. Esse fato se refere às mudanças nos padrões de nutrição devido às modificações da ingestão alimentar em decorrência das transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias (ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE, 2010). Da mesma forma, o crescimento da renda da população, a industrialização e a mecanização de produtos e o êxodo rural fazem com que os indivíduos tenham maior acesso aos alimentos em geral. Por outro lado, a globalização de hábitos não saudáveis provoca uma transição nutricional, expondo os indivíduos ao risco de doenças crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Em 2003, a partir da proposição da Organização Pan – Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde do Canadá coordenou o Observatório de Políticas de Prevenção e Controle de DCNT juntamente com o Brasil e a Costa Rica. O projeto teve como objetivo inicial a realização de um estudo de caso para avaliar e comparar as formulações de políticas e processos de implementação nesses três países participantes da rede CARMEN – Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis. Resultando na avaliação e implementação das políticas públicas da América Latina. No Brasil, o foco da investigação foi um estudo de caso da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e

das Políticas para enfrentamento do tabagismo, HAS, DM, atividade física e vigilância de DCNT (BRASIL, 2006a).

Para combate as DCNT, a OMS, em 2006, recomendou uma ação global, pois o problema e as soluções estão além do controle de qualquer sociedade. Para tanto, setores da indústria, governo, sociedade civil e privada e comunidades locais devem trabalhar em conjunto. Há grande quantidade de evidências de eficácia barata da relação custo-benefício visto que são medidas as quais criam ganho à saúde, como a diminuição do sal de alimentos processados, melhoria da merenda escolar, aumento dos impostos para o tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A vigilância em DCNT reúne ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população. Tais ações identificam os condicionantes sociais, econômicos e ambientais, objetivando subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das referidas doenças. Desse modo, a prevenção e controle das DCNT e dos seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas enfermidades com consequências trágicas para a qualidade de vida e o sistema de saúde (BRASIL, 2008a).

No Japão, as intervenções de saúde pública, como a redução no consumo de sal, baixaram significativamente a pressão arterial e a mortalidade por DCV. O sucesso das intervenções em reduzir os fatores de risco e a prevalência das DCNT tem sido conferido na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos favoráveis de viver à saúde (BRASIL, 2006b).

Na agenda de prioridades da vigilância e prevenção das DCNT e no Seminário Nacional de Doenças de Agravos Não Transmissíveis (DANT), realizado em setembro de 2005, estavam presentes os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) dos níveis estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa e técnicos de diversas áreas do MS. Na pauta, constava a estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus fatores de risco e protetores; gestão – regulamentação, financiamento, recursos humanos, participação e controle social, responsabilidade e sustentabilidade; intervenções para prevenção; avaliação e apoio à pesquisa (BRASIL, 2006a).

O Seminário teve como orientação o fortalecimento e consolidação dos esforços na construção de um SUS que trabalhe com o conceito ampliado de saúde,

protagonizando ações e estratégias capazes de reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde da população. Ainda, foi evidência no evento o fato de que a epidemia de DCNT impõe grandes desafios aos gestores da saúde pública brasileira, devendo-se, portanto, priorizar sua vigilância e prevenção e o conhecimento do modo de manifestação de tal epidemia na população. Da mesma forma, a alteração desse quadro só se tornará possível à medida que outros setores da sociedade forem sensibilizados, como a promoção de saúde (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, o governo brasileiro lançou, em 2006, um documento intitulado Pacto pela Vida, o qual reafirma o compromisso com ações de melhoria da qualidade de vida de indivíduos e coletividade, ratificando a responsabilidade sanitária e solidária do SUS (BRASIL, 2008a).

O documento também resgata a importância do planejamento como instrumento de gestão na tomada de decisões direcionadas às especificidades de cada região geográfica. Portanto, o Pacto pela Vida constitui compromissos sanitários expressos objetivando os processos e resultados derivados da análise da situação de saúde brasileira e das prioridades definidas na estância federal, estadual e municipal. Com esse documento, o governo brasileiro passa a ter um compromisso nacional e, dentre os vários acordos nesse rol, um deles é o cuidado integral das DCNT, que se expressa na articulação de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência (BRASIL, 2008a).

Desde 2006, o governo brasileiro mediante Política Nacional de Promoção da Saúde tem apoiado a promoção de atividade física. O MS, por meio de seus gestores, vem exercendo um papel estratégico de liderança no contexto mundial devido aos grandes avanços observados na estruturação e implementação do SUS, como os princípios de universalidade, integralidade e equidade. De tal modo, para dinamizar a verificação dessas ações, eles incentivam estudos por meio de editais específicos para a avaliação de efetividade às intervenções de atividade física. No entanto, existem muitos desafios no que diz respeito à qualificação das ações e às respostas aos enfermos de DCNT (BRASIL, 2011a).

O MS lançou, em 2011, uma cartilha denominada Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 – 2022. Para a sua criação, o governo contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa de diversos ministérios do governo brasileiro, membros de Organizações Não Governamentais (ONGs) da área de saúde,

entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros. Ela aborda quatro grupos principais de doenças, como as circulatórias – entre elas a HAS –, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o DM. Da mesma forma, trata de seus fatores de risco modificáveis – tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade – e define as diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011a).

Algumas ações desse documento para a população brasileira, segundo o ciclo de vida, são as seguintes: incentivo aos hábitos saudáveis de vida – como a alimentação, a redução do sal dos alimentos industrializados, o consumo de frutas, legumes e verduras; prática de atividade física regular; cessação de tabagismo; prevenção ao uso nocivo do álcool; estímulo à criação de espaços saudáveis para práticas de atividade física e alimentação saudável nos locais de trabalho –; acesso universal à Atenção Primária à Saúde; oferta de medicamentos gratuitos para tratamento de DCNT (BRASIL, 2011a).

Além dessas ações, conforme Brasil (2011a) evidencia-se ainda: a criação de um portal na *Internet* para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT; o desenvolvimento de um sistema de gestão em DCNT; definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, que vincula os enfermos ao cuidador e à equipe da atenção primária de forma a garantir a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e rede hospitalar, assim favorece a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção; o desenvolvimento de um sistema de informação de gerenciamento de DCNT.

Ainda, no documento, recomendam-se ações para o cuidado integral aos indivíduos com DCNT, cuja finalidade é o fortalecimento da resposta do SUS para o atendimento a esses indivíduos (BRASIL, 2011a).

OPAS proporcionando assim ação efetiva e eficiente, para as doenças crônicas propõe uma reorganização do sistema de saúde com abordagem de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), baseada na necessidade de superar a fragmentação dos sistemas de saúde. Para OPAS, as RISS caracterizam como conjuntos de serviços de saúde hierarquizados, que oferece atenção equitativa e integrada a uma determinada população (ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

O conjunto de ações e tecnologias deve abranger promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos, conforme necessidades. Isso deve contemplar à integração dos cuidados de todos os níveis de atendimento. Neste sentido, consoante a OPAS, os atributos chave da RISS são modelo “assistencial, governança e estratégias, organização e gestão, e alocação e incentivos financeiros alinhados as metas da rede de serviços” (ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE, 2012, p.11).

No Brasil, a “constituição de 1988 determinava a estratégia de regionalização mediante organização de redes de atenção, para garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade”. Todavia, o processo de construção do SUS ao longo da década de 1990, favoreceu a expansão ações municipais e serviços de saúde em conformidade com diretriz de descentralização. “Decreto 7.508/2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), estabeleceu novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde” (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012, p. 143).

O governo brasileiro determina como estratégia prioritária na implementação do acesso da população aos serviços de qualidade, equidade e tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, será a ampliação da atenção primária e da atenção especializada, que serão organizadas em redes e no acolhimento e práticas humanizadas. Neste sentido, as redes estarão voltadas à integralidade da atenção, qualificação das práticas e gestão do cuidado, bem como garantir a resolubilidade dos serviços prestados (BRASIL, 2011b).

Apesar do esforço do governo brasileiro, os indivíduos ainda apresentam baixa satisfação no atendimento à saúde, seja no setor público – privado, e na dificuldade de acessibilidade e dentre outras deficiências.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresentam-se reflexões acerca dos seguintes temas: o impacto da enfermidade crônica na autoidentidade do indivíduo, a autogestão dos cuidados em saúde na doença crônica, e o processo de adoecimento crônico do adulto.

#### 3.1 O IMPACTO DA ENFERMIDADE CRÔNICA NA AUTOIDENTIDADE DO INDIVÍDUO

Conforme descrito anteriormente, a doença é o processo ou estado biológico indesejável afetando o indivíduo; a enfermidade é a experiência subjetiva vivida pela pessoa doente, que inclui os impactos sociais e psicológicos. Para a sociologia, doença e enfermidade não são intercambiáveis, nem equivalentes (CHARMAZ; ROSENFELD, 2010). Cooke e Philpin (2011, p. 162) fazem duas distinções entre doença e enfermidade: a primeira como perspectiva dos profissionais de saúde, enquanto que a segunda se refere à experiência subjetiva dos doentes.

A enfermidade, além de ser a experiência subjetiva vivida pelos doentes e pela família, dentro de um contexto de sua existência, é também composta de elementos como medo, sofrimento, esperança, estigma, suporte e vergonha. Os doentes, frequentemente, estruturam seus problemas de saúde à medida que subjetivamente os experienciam como parte dos mundos - vida (RIER, 2010).

Durante a década de 1970, nos EUA, com as pesquisas de Anselm Strauss e de outros pesquisadores sociais, e depois na Grã-Bretanha, vários temas emergiram a partir de estudos sociológicos que observaram de perto a vida diária de indivíduos com doença crônica. Um dos objetivos das pesquisas foi indicar aos gestores de assistência à saúde que gerenciar as doenças crônicas não era simplesmente planejar as prescrições de medicamentos ou outras formas de tratamento (BURY, 2011).

Na década de 1980, Strauss; *et al*<sup>2</sup> (1984 citado por Cooke e Philpin, 2011, p. 193), consideraram o impacto das doenças crônicas na vida cotidiana dos doentes e das famílias expondo oito problemas basilares

Prevenção de crises e da gestão da doença, controle dos sintomas, cumprimento de tratamentos prescritos e da gestão dos problemas relacionados à sua execução, prevenção ou convivência com o isolamento social movido pelo contato reduzido com outros indivíduos, adaptação às mudanças no decurso da doença, seja no agravamento ou na existência de períodos de remissão, tentativa de normalizar o contato com diferentes indivíduos e/ou o estilo de vida, obtenção do dinheiro para o tratamento ou para sobrevivência e confrontação com problemas psicológicos, conjugais e familiares.

De acordo com Bury (1991), a doença crônica é um evento de longo prazo e permanente na vida de um indivíduo. O seu caráter emergente e revelador tornam imperativo que uma perspectiva sociológica situe a experiência dentro de uma estrutura temporal. Em 2011, esse autor afirma que uma das peculiaridades mais extraordinárias das doenças crônicas é seu “início insidioso”, ou seja, as DCNT “não irrompem, se insinuam” (BURY, 2011, p. 44).

Ainda, para Bury (1982), doença crônica é o tipo de experiência em que as estruturas da vida diária e as formas de conhecimento que as sustentam se rompem. Ela envolve o reconhecimento dos mundos da dor e do sofrimento, provavelmente até da morte, os quais são normalmente vistos apenas como possibilidades distantes ou problemas dos outros.

A doença crônica faz com que os indivíduos, suas famílias e redes sociais mais amplas fiquem frente a frente com o caráter de suas relações em forma pura, rompendo com as regras normais de reciprocidade e apoio mútuo. As expectativas e os planos que os indivíduos têm em relação ao futuro precisam ser reexaminados (BURY, 2011).

Ao analisarmos o impacto da doença crônica no sentido da autoidentidade do indivíduo, é fundamental observar o que queremos dizer com o eu e a identidade pessoal. De tal modo, o maior contributo de Mead, filósofo e psicólogo social fundador do interacionismo simbólico, foi à natureza do eu humano, ou seja, que o sentido que temos do eu não é algo que nasce conosco, mas surge das trocas

---

<sup>2</sup> STRAUSS, A. L.; *et al.* **Chronic illness and the quality of life**. 2ªed. Mosby: St Louis, 1984.

simbólicas com outras pessoas, especialmente das trocas de linguagem (COOKE; PHILPIN, 2011).

Para Charmaz (1995) o eu é do corpo, ainda que além dele. Com essa posição, ocorre um senso de resolução e uma consciência de tempo. Indivíduos enfermos entendem quando lutar e quando fluir para a rendição. Podem enfrentar o desconhecido sem temor, enquanto permanecem eles próprios. Nesse ponto, os indivíduos cronicamente doentes podem se encontrar na irônica posição de fornecer consolo e conforto aos saudáveis. Podem se orgulhar de saber que seus eus foram colocados para testagem – um teste de caráter, de habilidade e vontade. Eles sabem que se renderam a seus conflitos e experienciaram sua perda com coragem.

A presença do outro e os atos que desenvolvem se transformam em outras oportunidades para orientar o ato próprio que compõe os acontecimentos da experiência, que incentiva o indivíduo no momento da sua ação ao reconsiderar sua conduta (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Os processos sociais para Mead (2010 citado por Carvalho; Borges; Rêgo, 2010), ocorrem na interação do *self*, eu e mim. O termo *self* (si mesmo) representa a característica do indivíduo como objeto para si, e esse *self* permite que o indivíduo interaja socialmente consigo mesmo, da mesma forma que interage socialmente em relação às outras pessoas.

Nesse processo de emergência do *self*, o indivíduo vai assumindo formas distintas conforme mudam as condições do ambiente em que ele está inserido (SPINK; FIGUEIREDO; BRASILINO, 2011). Quando não só se escuta a si, porém se responde a si tão realmente como se responde a outro indivíduo, então surge um comportamento em que os indivíduos se convertem em objetos para si mesmos (MEAD, 2010).

Segundo Mead (2010), o *self* emerge num contexto dinâmico, onde são desenvolvidas as habilidades para se comunicar e adotar atitudes harmônicas com o grupo ao qual pertence. O grupo social é que propicia ao indivíduo a expressão do seu *self*.

Logo, o eu só aparece nas relações de exercícios do cotidiano e se arquiteta nas novas reações dos indivíduos frente às atitudes dos demais. É considerado receptáculo das reações impulsivas do *self* e mostra-se como dimensão capaz de proporcionar mudanças na estrutura social, visto que emerge mediante as

manifestações espontâneas de novos conteúdos, os quais expõem resistências às convenções normativas (MEAD, 2010).

Já o *mim* é um indivíduo consagrado, comum, presente e têm hábitos e reações. A reação do eu a uma atitude organizada transforma a mesma e ocorre certa grandeza de adaptação e readaptação. Essa reação do eu pode ser um processo que envolve uma degradação do estado social como uma integração superior. O eu e o *mim* mostram-se como elementos indissociáveis do *self* (MEAD, 2010). Quando os indivíduos são percebidos em interação social, eles possuem as visões de sociedade, de indivíduo propriamente dito, de ordem social e de mudança social.

A visão de sociedade considera o indivíduo ativo ao influenciar e afetar a interação social cotidiana. Já na visão de indivíduo, este manipula os símbolos e cria seus próprios códigos pela interação. A visão de ordem social é mantida por entendimentos compartilhados do comportamento diário do indivíduo. E a visão de mudança social reflete a posição social dos indivíduos e as suas comunicações com os outros (SCHAEFER, 2006). Para Carvalho, Borges e Rêgo (2010), o processo de interação social é explicado pela definição e redefinição de objetos do ambiente percebido, sendo produtos sociais formados e transformados.

Desta forma, a interação simbólica é baseada na relação do organismo com a situação que se realiza mediante uma série de símbolos<sup>3</sup>. Quando um determinado gesto representa a imaginação que há por trás de si e provoca essa ideia no outro indivíduo, isso faz com que se tenha um símbolo significante. No instante em que tal gesto promove uma reação adequada do outro indivíduo, existe um símbolo que responde a um significado na experiência do primeiro indivíduo e também chama esse significado no segundo indivíduo (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Desse modo, quando o indivíduo se identifica com os símbolos, pode se tornar consciente do significado. Assim, os processos mentais têm relação com os símbolos das coisas, e a mentalidade reside na capacidade de o organismo indicar aquele componente do ambiente que responde às suas reações, cuja finalidade é controlá-las de várias maneiras (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Os indivíduos se comportam e interagem de acordo com o modo como interpretam ou

---

<sup>3</sup> São definidos como objetos sociais usados pelo agente para representação e comunicação, que evoluem de gestos corporais para gestos vocais e, posteriormente, para símbolos significantes (MEAD, 2010).

atribuem significado aos símbolos específicos nas suas vidas, como estilos ou expressões verbais e não verbais (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

O hipertenso atribui diferentes significados<sup>4</sup> aos objetos, eventos, indivíduos e grupos do seu ambiente cotidianamente, pois dependendo de como lida com eles, molda suas ações pelo seu próprio comportamento. Todavia, não deixa de interagir socialmente, uma vez que fortalece tanto o conceito de si como de suas identidades.

Nos estudos de Berger, Berger e Kellner<sup>5</sup> (1974 citado por Bury, 1991) e de Taylor<sup>6</sup> (1989 citado por Bury, 1991), a noção de biografia ou disrupção da identidade sugere que o significado e o contexto na doença crônica não podem ser facilmente separados. Tal pensamento pode ser especialmente relevante dentro da cultura moderna com ênfase na afirmação da vida comum e no planejamento da vida. Também, Corbin e Strauss<sup>7</sup> (1988 citado por Bury, 1991) evidenciaram que as concepções corporais biográficas agregam a experiência subjetiva do eu na vida diária e o relacionamento que o enfermo tem com o corpo ao longo da vida. Ainda, Strauss e Glaser<sup>8</sup> (1975 citado por Bury, 1991), enfocaram o significado da enfermidade, o cenário no qual ela ocorre, bem como os recursos disponíveis ao indivíduo.

No que se refere à biografia rompida, o conceito implica, primeiramente, que o conhecimento do eu e do mundo social de uma pessoa é rompido pela experiência da enfermidade. Em segundo lugar, sugere que a estrutura explanatória normalmente utilizada para compreender o viver diário é também rompida. Uma terceira implicação se relaciona à mobilização de recursos em face de circunstâncias alteradas de enfermidade crônica. Assim, há mobilização de recursos cognitivos, materiais e práticos para reparar a biografia e manter a vida cotidiana como resposta adaptativa à ruptura (BURY, 1982; FELDE, 2011).

Ainda, para Bury (1982) e Felde (2011), em relação às biografias rompidas, é reconhecido que o início da doença crônica representa um ataque não somente ao eu físico do enfermo como também ao sentido de identidade. Essa é a vivência

---

<sup>4</sup> É “um produto social, uma criação que emana das atividades dos indivíduos, à medida que estes interagem” (BLUMER 1969/1982 *apud* CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010, p. 153).

<sup>5</sup> BERGER, P.; BERGER, B.; KELLNER, H. ***The Homeless Mind: modernization and consciousness***. Vintage books: New York, 1974.

<sup>6</sup> TAYLOR, C. ***Sources of Self. The making of the modern Identity***. Cambridge University Press: Cambridge: 1989.

<sup>7</sup> CORBIN, J. M.; STRAUSS, A. ***Unending Work and care: Managing chronic illness at home***. Jossey Bass: San Francisco and London, 1988.

<sup>8</sup> STRAUSS, A.; GLASER, B. ***Chronic illness and the Quality of live***. Mosby: St. Louis, 1975.

íntima que dá ao indivíduo o sentimento enganoso, mas ao mesmo tempo indispensável, de um conhecimento de si: garante que ele seja ele mesmo e não outro indivíduo.

Charmaz (1995) define os objetivos de identidade quando os enfermos assumem, desejam, esperam ou planejam, criando significados e agindo intencionalmente à medida que interpretam suas experiências e interagem com o mundo. Assim, para alguns doentes, podem ser implícitos e não declarados, e compreendidos e explícitos; ou os indivíduos mantêm um olhar observador em seus eus futuros e identidades emergentes à proporção que experienciam o presente.

A doença crônica pode danificar a unidade entre o corpo, o eu e as alterações de identidade, e o enfermo descobre que as perdas progressivas, repetidamente, ameaçam seu corpo. Adaptar-se significa alterar a vida e o eu para se acomodar as perdas e limitações corporais, soluciona a unidade perdida entre o corpo, o eu e o mundo. Isso significa lutar com e não contra a enfermidade, pois, à medida que ela vai se insere na vida dos indivíduos, começa a destruir as identidades estabelecidas. Assim, devido às suas perdas físicas, os enfermos reavaliam quem “são” e o que podem se tornar, criar novos objetivos de identidade na tentativa de reconstruir suas vidas normais na medida do possível (CHARMAZ, 1995).

Conforme Charmaz (1995), o processo de adaptação da doença consiste em três etapas principais: experienciar e definir a deficiência; fazer avaliações corporais e, subsequentemente, as trocas de identidade – uma vez que os indivíduos enfermos avaliam suas perdas, ganhos e revisam seus objetivos de identidade; e ao render-se ao eu enfermo. De tal modo, raramente ocorre somente uma vez. Indivíduos cronicamente enfermos são forçados a adaptarem-se repetidamente à medida que experienciam as novas perdas.

Assim, inicialmente planejam e esperam continuar suas vidas sem serem afetados pela enfermidade; posteriormente os objetivos de identidade aumentados ou diminuídos formam uma hierarquia implícita, criada por indivíduos enfermos que se adaptam à perda e mudança corporal.

Bury (1991) distingue dois tipos de significado na doença crônica. O primeiro, nas consequências para o indivíduo, os efeitos do início dos sintomas destrutivos na vida diária, em casa ou no trabalho, que inclui o tempo para gerenciar os sintomas ou tratamentos. No período inicial de uma condição, a gestão da prática

por indivíduos pode ser incerta quando as negociações entre os efeitos dos sintomas e os esforços para minimizá-los são realizados.

O segundo tipo está relacionado à importância do significado da doença crônica. Por isso, as condições diferentes carregam com elas outras conotações e simbologias que podem ter uma influência profunda no modo como os indivíduos se veem e como pensam que os outros os enxergam. Os significados que envolvem a doença, frequentemente, mudam à medida que interagem com os estágios diferentes no curso da vida (BURY, 1991).

Ter um corpo alterado fornece ao indivíduo que o experiencia, bem como aos familiares e amigos, imagens imediatas de mudanças, as quais ocorrem em todo o curso da enfermidade. Entretanto, nem todos com sérias enfermidades crônicas têm sintomas e deficiências visíveis, como no caso da **hipertensão arterial sistêmica**. Parecer saudável pode arruinar a credibilidade de uma pessoa junto aos profissionais de saúde. Até mesmo aqueles mais próximos das pessoas enfermas parecem não compreender suas condições e assim esperam que elas continuem seus afazeres como antes de ficarem adoentadas (CHARMAZ, 1995, grifo nosso).

Encobrir e revelar diagnósticos e sintomas, por exemplo, depende não somente de sua influência física dentro de contextos sociais, mas de seus significados positivos e negativos num conjunto específico de relacionamentos sociais. As mudanças nos sintomas ao longo do tempo podem afetar respostas sociais, e estas, por sua vez, influenciam a experiência. Tais mudanças não são somente estimuladas pelo contexto no qual o indivíduo vive, mas também pela natureza dos sintomas e sua percepção pelo *eu* e pelos outros (BURY, 1991).

A dor física, o estresse, os efeitos prejudiciais dos procedimentos médicos fazem com que os enfermos crônicos sofram à proporção que experienciam suas enfermidades (CHARMAZ, 1983).

Render-se à enfermidade abre a possibilidade de transformar o eu. Ao reentrar no presente e fluir com ele, indivíduos enfermos ganham visões renovadas de si e de suas situações. Demandas sociais externas se diluem quando o indivíduo ganha voz do interior. Subsequentemente, um novo senso de totalidade do eu pode emergir (CHARMAZ, 1995).

A partir do estudo de Bury (1991), torna-se evidente que as expectativas de tratamento mudam em diferentes pontos da trajetória de uma enfermidade. Percebe-se que a crença médica tradicional na comunicação lógica de informações e adesão

ao tratamento precisa ser repensada. Ainda, até que ponto os doentes são forçados a tomar decisões sobre seus tratamentos em termos do impacto social que esses têm na vida diária. Assim, negociar o uso apropriado e os efeitos de tratamento, bem como a importância dos sintomas melhora a adaptação a uma biografia rompida, ou pelo menos atinge uma medida de estabilidade (BURY, 1991).

Bury (1991), ao considerar a adaptação de longo prazo à doença crônica, sugere que os termos enfrentamento, estratégia ou gerenciamento estratégico e estilo sejam distinguidos pelo menos para propósitos analíticos. Enfrentamento, segundo o autor, refere-se aos processos cognitivos pelos quais o indivíduo aprende a tolerar ou suportar os efeitos da doença.

Em síntese, o enfrentamento envolve a manutenção de um senso de valor e significado da vida, apesar dos sintomas e seus efeitos. A estratégia dirige a atenção às ações tomadas por indivíduos em face da doença, mais do que às atitudes que estes desenvolvem. Com respeito à doença crônica, o autor recomenda que a estratégia ou gerenciamento estratégico seja utilizado para se referir às ações tomadas para mobilizar recursos e maximizar resultados favoráveis.

A gestão estratégica da enfermidade, do ponto de vista do indivíduo, não significa somente a manipulação hábil de cenários sociais e aparências para minimizar o impacto da enfermidade acerca da interação. Tem a ver também com a tentativa de mobilizar os recursos para tirar vantagem e com os objetivos realistas a fim de manter a vida cotidiana (BURY, 1991).

Ainda, o termo estratégia sugere a necessidade de uma visão dinâmica de escolha e limitação, à medida que os indivíduos tentam as formas alternativas de ação. Já o estilo, no contexto da doença crônica, refere-se à maneira com que os indivíduos respondem e apresentam importantes características de suas enfermidades ou regimes de tratamento. Isso tudo deve levar em conta as questões culturais que eles podem estabelecer e modelar ao apresentar suas aparências físicas alteradas e circunstâncias sociais.

No estudo de doença cardíaca crônica, foram evidenciadas duas formas de prática social e de comunicação acerca dos sintomas e resultados ao despertar da acomodação e estilo ativo negação (RADLEY, 1988, *apud* BURY, 1991)<sup>9</sup>. A acomodação ocorre quando os papéis são mais flexíveis e as escolhas de como os

---

<sup>9</sup> RADLEY, A. **Prospects of heart surgery: psychological adjustment to coronary bypass grafting.** Springer-Verlage: New York, 1988.



sintomas se apresentam e, às vezes, podem ser desenvolvidos mediante comunicação com os outros. A negação envolve a adoção de um estilo, no qual a enfermidade é confrontada por meio de um engajamento nas atividades diárias, e a comunicação é mais restrita no modo de cada indivíduo (BURY, 1991).

O indivíduo com doença crônica experiencia modificações na sua vida, utiliza estratégias, para enfrentar o processo de adoecimento, as quais minimizam o impacto que a doença acarreta na sua autoidentidade.

### 3.2 AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE NA DOENÇA CRÔNICA

O termo gestão é considerado gestão de algo e não em algo e corresponde a todas as funções da administração<sup>10</sup> necessárias para os indivíduos atingirem seus objetivos de forma eficiente e eficaz (DIAS, 2002). A ação de gerir tem como sinônimo controlar e realizar. Normalmente, a gestão se constitui de processos, os quais o indivíduo gerencia que diz ao enfermo gerenciado, o que deve fazer.

O vocábulo gerenciar significa a arte de pensar, decidir e agir, ou é a arte de fazer acontecer, de obter resultado, e essa ação pode ser definida, prevista, analisada, mas deve ser alcançada por meio dos indivíduos e numa interação humana constante (MOTTA, 2001).

Logo, autogestão “refere-se à capacidade do indivíduo gerir os sintomas, o tratamento físico e psicossocial como também as consequências e mudanças do estilo de vida inerentes a uma condição crônica de saúde” (BARLOW *et. al.*, 2002, p. 178). Autogestão eficaz engloba capacidade de monitorar sua condição e efetivar as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias, para manter uma qualidade de vida satisfatória<sup>11</sup> mediante a tomada de decisão acerca de seus cuidados (BROWN; BARTHOLOMEW; NAIK, 2007).

Para melhor entendimento desta pesquisa, cujo objeto é a autogestão dos cuidados em saúde do hipertenso, é importante definir alguns termos, como a

---

<sup>10</sup> Planejar, organizar, dirigir e controlar.

<sup>11</sup> *Self-management refers to the individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences and lifestyle changes inherent in living with a chronic condition. Efficacious self-management encompasses ability to monitor one's condition and to effect the cognitive, behavioral, and emotional responses necessary to maintain a satisfactory quality of life (BARLOW et al., 2002, p. 178).*

autogestão, gestão da condição de saúde, autogestão apoiada, gestão dos cuidados em saúde e autocuidado.

A expressão autogestão foi primeiramente utilizada por Creer em meados dos anos 1960 para denotar a participação ativa de enfermos em seu tratamento. O objetivo da autogestão é minimizar o impacto da doença crônica no *status* e no funcionamento da saúde física, possibilitando ao indivíduo enfrentar os efeitos da enfermidade. É descrita como uma atividade colaborativa entre o enfermo e o profissional da saúde. As atividades que a caracterizam são geralmente realizadas pelo doente entre os contatos planejados com profissionais e serviços da saúde, o que envolve administrar sintomas, tratar a condição de saúde, enfrentar as consequências físicas e psicossociais inerentes ao viver com uma doença crônica e fazer mudanças no estilo de vida (RIJKEN *et al.*, 2008).

Conforme Mendes (2011), a gestão na condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada nos EUA, em 1993, denominada gestão de doença (*disease management*). É uma tecnologia de microgestão do estado de saúde destinada a enfrentar uma doença específica e definida como um processo de gerir determinada condição de saúde já estabelecida, mediante um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e de cuidado. Tem como objetivo alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos para os enfermos crônicos, que contribui para a eficiência e a qualidade da atenção à saúde.

Também vem passando por sucessivas constituições. A primeira consistiu na provisão de mais serviços. A segunda avançou na busca de privilegiar ações concernentes aos indivíduos que se encontravam em condições mais graves e as ações mais difíceis, ambas voltadas para determinada doença com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira veio com a implantação das Redes de Atenção à Saúde, e a gestão passou a incorporar toda a história de uma condição de saúde por meio de conceitos de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais (MENDES, 2011).

Ainda, para Mendes (2011), a quarta constituição vem com a transformação da gestão de doença em gestão da saúde, a qual dá ênfase às ações de promoção da saúde e prevenção de doença, o que acontece mundialmente. Todavia, atualmente está sendo utilizada mais freneticamente nos países da Europa Ocidental. No Brasil, essa intervenção também começa a ser implantada; porém, foi adaptada às singularidades do SUS, que envolve um conjunto de ações sobre

fatores de risco biopsicológicos ou sobre uma condição de saúde já estabelecida, segundo sua estratificação de riscos.

Outra maneira do indivíduo enfermo receber atendimento para gerir sua doença é mediante a autogestão apoiada, que envolve uma abordagem colaborativa centrada no enfermo, a fim de proporcionar a promoção das condições de saúde, educação e empoderamento. A autogestão apoiada expande o papel dos profissionais de prestarem informações e educação em saúde mediante o planejamento colaborativo ao doente para a inclusão de ajuda a estes na construção da confiança e na realização de escolhas que levem à autogestão e a melhores resultados. Isso não só enfoca a gestão da condição de saúde, mas também facilita a gestão de papéis e do impacto emocional de viver com uma doença crônica, além da negociação de mudança comportamental requerida por esta (RIJKEN *et al.*, 2008).

O objetivo dos programas de autogestão apoiada é preparar os enfermos para se engajar na gestão das condições de saúde mantendo seus papéis vitais e administrar emoções negativas, tais como o temor e a depressão. Isso pode ser possível oferecer aos indivíduos com enfermidade crônica a oportunidade de adquirir o conhecimento, habilidades e confiança (autoeficácia<sup>12</sup>) e a oportunidade de ter **atitudes** necessárias para lidar com problemas relacionados à doença, fazendo os indivíduos melhorarem sua qualidade de autogerir sua doença. Essa estratégia é uma característica-chave do Modelo de Cuidado Crônico, que enfatiza a centralidade de um enfermo informado e ativo para interações produtivas entre o doente e o profissional de saúde (RIJKEN *et al.*, 2008, grifo nosso).

Sendo assim, fornecer autogestão apoiada para o indivíduo em condições crônicas pode melhorar os cuidados em saúde de diversas maneiras, que permitem aos enfermos lidarem com todos os aspectos de sua doença, incluindo sintomas e estratégias de tratamento (SEQUIST *et al.*, 2009).

O enfermo crônico requer uma aprendizagem definida por uma ação pela qual o conhecimento, as habilidades e atitudes sejam incorporados consciente ou inconscientemente, de forma que o comportamento seja modificado. Quando isso ocorre, há a otimização do cuidado à saúde e a independência para o autocuidado o que permite ao sujeito viver com a doença. A sua motivação em aprender está

---

<sup>12</sup> É baseada nas expectativas do indivíduo com relação a um curso de ação específica; denominada Teoria da autoeficácia, preconizada por (BANDURA, 1977 *apud* BASTABLE, 2010).

centrada no problema e é orientada para as tarefas psicossociais relacionadas aos papéis e às expectativas do trabalho, da família e das atividades comunitárias (BASTABLE, 2010).

Sabe-se que o processo de mudança é difícil e, para que este aconteça, é necessário que o enfermo tenha a capacidade de ajustar-se aos novos problemas e situações, aceitem orientações, abandonem os conceitos antigos (LEITÃO, 2001). Assim, quando surgir uma nova situação, vai procurar compreendê-la e gerenciá-la gradativa e cotidianamente.

Consoante à perspectiva de Leitão (2001), qualquer que seja a função de gerência, ela é sempre a mesma, seja na autogestão do cuidado individual, gestão à família, organização sem fins lucrativos ou comunidade. O que difere nessa unidade gerenciada é o tamanho e a natureza.

A gestão dos sintomas das doenças crônicas depende do seguimento de um tratamento e do regime paliativo indicado pelos profissionais ao indivíduo. O doente tem que aprender qual é o padrão do sintoma; somente com essa aprendizagem pode tomar decisões e então organizar sua vida, ou seja, gerir a doença (MENDES, 2005).

A gestão dos cuidados em saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada indivíduo em diferentes momentos de sua vida, visa a um bem-estar, segurança e autonomia. É realizado em múltiplas dimensões – individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária –, cuja finalidade é levar a uma vida produtiva e próspera (CECILIO, 2011). Neste estudo, o escopo das ações de gestão a serem descritas permeiam a dimensão de gestão dos cuidados em saúde individual, ou seja, autogestão dos cuidados em saúde.

A dimensão individual da gestão de cuidados em saúde significa que cada indivíduo pode ou tem a força de produzir um modo singular de levar a vida “fazendo escolhas”, isto é, “fazendo da vida uma obra de arte” (CECILIO, 2011, p. 589). Dessa forma, ele e sua família precisam ser participantes bem informados para gerenciar as enfermidades, pois a demanda por informações em saúde tende a aumentar conforme os indivíduos ficam mais cientes de suas necessidades e à medida que desejam maior entendimento acerca dos cuidados em saúde e suas metas (BASTABLE, 2010).

Nesse contexto, é importante mencionar a diferença entre autocuidado<sup>13</sup> e cuidado de si, pois no estudo em questão, o hipertenso deve apreender o cuidado em saúde para efetivamente fazer suas escolhas. Tais escolhas devem ser feitas com atitudes e visão ampliada que atuem nas mudanças comportamentais, a fim de que ele possa realizar sua autogestão com a maior naturalidade possível.

O indivíduo aprende e incorpora os saberes a respeito da saúde, doença e forma de se cuidar mediante diferentes fontes, como pela tradição, experiências pessoais, por meio daqueles que o cercam, pelos profissionais de saúde e meios de comunicação. Ultimamente, o acesso à informação de saúde é diversificado, o que permite ao indivíduo tomar decisões acerca dos comportamentos de saúde que lhe são mais favoráveis. No entanto, ao se mencionar os conhecimentos do enfermo em relação à doença crônica há que se considerar o contexto social e cultural como uma importante fonte de aquisição e modificação desses saberes (NOVAIS *et al.*, 2009).

O saber do doente traduz-se em um modo de vida diferente e em uma cultura do corpo que implica definição de normas pessoais, capacidade de negociar e ajustar-se no plano emocional e capacidade de fazer escolhas e concretizá-las. Isso demonstra que o indivíduo possui um conjunto de saberes que lhe permitem se cuidar mesmo na presença de determinadas limitações (NOVAIS *et al.*, 2009).

Conclui-se, portanto, que é inerente ao indivíduo a capacidade de se cuidar, o que pressupõe um grau de autonomia. Por isso, respeitar a capacidade e a independência do doente crônico, mais do que reconhecê-lo enquanto portador de doença crônica, é refletir criticamente acerca de como ele se cuida, olhando-o como o principal agente de seu próprio cuidado, permanentemente estimulando-o a participar desse processo. Assim, instigá-lo a não se achar sob domínio alheio, no que se refere ao seu processo cuidar, é um componente ético do cuidado que deve ser constantemente buscado (COSTA *et al.*, 2007).

---

<sup>13</sup> Existe uma diferença entre o autocuidado e cuidado de si. O primeiro é considerado “ação deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para continuar a vida, o crescimento, desenvolvimento e manutenção da integridade humana” (MCEWEN; WILLS, 2009, p. 170). O segundo vem do grego *epiméleiaheautoû* e do latim, *cura sui*; significa o princípio de *ocupar-se de si*, de *cuidar de si mesmo*, descrito inicialmente por Sócrates. Foucault (2004 citado por CALAÇA; CAMARGO; BARA, 2010, p. 1276) definiu o cuidado de si como uma “ocupação de si, uma técnica de si ou uma prática de si, que se refere a um modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações; uma atitude para consigo, para com os outros, para com o mundo”. Ainda, nomeia algumas ações nas quais os sujeitos “se assumem, se modificam, se purificam, se transformam e se transfiguram”.

A autonomia significa a capacidade de produzir novas normatividades diante das adversidades da vida, novos modos de viver, partindo da ideia de que a vida é permanentemente (re)instauradora de normas. Assim, enquanto estivermos vivos, fazendo escolhas, produzimos nosso modo de viver (CECILIO, 2011).

Logo, a autonomia ou autodeterminação, segundo Costa, Lunardi e Lunardi Filho (2007), é a liberdade de agir do indivíduo de acordo com seus valores, prioridades, desejos e crenças. Na área da saúde, reconhecer que os indivíduos são seres livres e autônomos implica oportunizar-lhes conhecer as possíveis alternativas diagnósticas e terapêuticas, explicitando os riscos e benefícios inerentes a cada uma delas. Requer também certificar-se de que todas as informações prestadas foram claramente compreendidas, respeitando sua decisão final.

As ações em prol da autonomia são as mais apropriadas nos indivíduos com doença crônica, visto que estes devem se libertar das atitudes passivas e da submissão para assumir uma condição de doente ativo, autônomo e responsável (NOVAIS *et al.*, 2009).

Os profissionais de saúde, **especialmente o enfermeiro**, em parceria com os hipertensos, têm a chave para o controle da PA. As responsabilidades desses profissionais vão desde o conhecer e usar as orientações para o monitoramento da PA até o motivar a seguir o plano de tratamento (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005, grifo nosso). Sendo assim, os cuidados em saúde têm como finalidade o controle da evolução da doença ou, pelo menos, dos sintomas e das complicações com vistas à sua prevenção e à promoção da saúde dos indivíduos.

Para evitar o agravamento da hipertensão, os profissionais de saúde necessitam utilizar-se de estratégias eficazes de cuidados em saúde, que reduzam os fatores de riscos e proporcionem à autogestão (LOPES *et al.*, 2008).

Em âmbito mundial, especificamente no foco das DCNT, existem vários modelos de atenção que os governos disponibilizam para os indivíduos e coletividade acerca do autocuidado. Um exemplo é o *Chronic Care Model* (CCM) do *Health Disparities Collaboratives* nos Estados Unidos, que foi desenvolvido pela equipe do *Mac Coll Institute for Healthcare Innovation*, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional a respeito da gestão das condições crônicas (MENDES, 2011).

O CCM contempla seis elementos, e um deles é o autocuidado apoiado: ao invés de dizer o que os indivíduos devem fazer, estes desempenham um papel

central em determinar sua atenção à própria saúde e, conseqüentemente, responsabilizam-se por ela. No cotidiano, tal enfoque implica uma parceria estreita entre a equipe multidisciplinar de saúde e os indivíduos que juntamente definem o problema, estabelecem metas e plano de cuidado, além de resolverem os problemas que aparecem ao longo do processo de adoecimento. As equipes de saúde são treinadas para orientar os usuários para a prevenção e para acompanhá-los em todo esse processo. Também se utilizam do atendimento em grupo para alcançar as metas de tratamento (MENDES, 2011).

No Brasil, dentre muitos modelos, Mendes desenvolveu, em 2007, o Modelo de Atenção para as Condições Crônicas (MACC). Esse modelo foi destinado para o SUS, sendo baseado na determinação social da saúde preconizado por Dahlgren e Whitehead em 1991, nos elementos do CCM, nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e os indivíduos usuários. Para que esse modelo seja aplicado no sistema de saúde, os indivíduos que o utilizam devem ser coadjuvantes no processo (MENDES, 2011).

O MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população, os focos das intervenções de saúde e os tipos de intervenções de saúde. Assim discriminados, o nível 1, intervenções de promoção de saúde, corresponde a toda a população; o nível 2, intervenções de prevenção das condições crônicas, satisfaz a subpopulação estratificada com fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida; o nível 3, gestão de condições de saúde, corresponde à subpopulação estratificada com condições crônicas simples e/ou com fator de risco biopsicológicos; o nível 4, gestão de condições de saúde, satisfaz a subpopulação estratificada com condição complexa; e o nível 5, gestão de caso, corresponde à subpopulação estratificada com condição muito complexa (MENDES, 2011).

Outro exemplo de programa para DCNT é o denominado *Total Care*. Esse modelo se preocupa com a prevenção da doença de seus afiliados, que utiliza um modelo baseado no *disease management*, o qual foi implantado em 1999 nos EUA, Canadá e Brasil, para atender as DCV e a diabetes, objetiva garantir o maior controle dessas doenças. Assim os indivíduos ficam mais saudáveis e, conseqüentemente, há a diminuição dos custos de atendimento clínico, internações e outros procedimentos de maior complexidade. Para tanto, o serviço busca otimizar

a atenção aos doentes crônicos, procura diminuir a demanda deles por atendimento terciário de alto custo nos hospitais e nas internações (CZERESNIA, 2003).

Destarte, é importante enfatizar que a melhora do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da Atenção Primária em Saúde, deve contar com investimentos na educação continuada do capital humano, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, o que resultará na melhoria das DCNT (BRASIL, 2011a).

Com base nos estudos teóricos pesquisados até o momento, elaborou-se um Mapa Conceitual (MC) para um entendimento visual da autogestão dos cuidados em saúde em saúde, apresentado a seguir (DIAGRAMA 1).

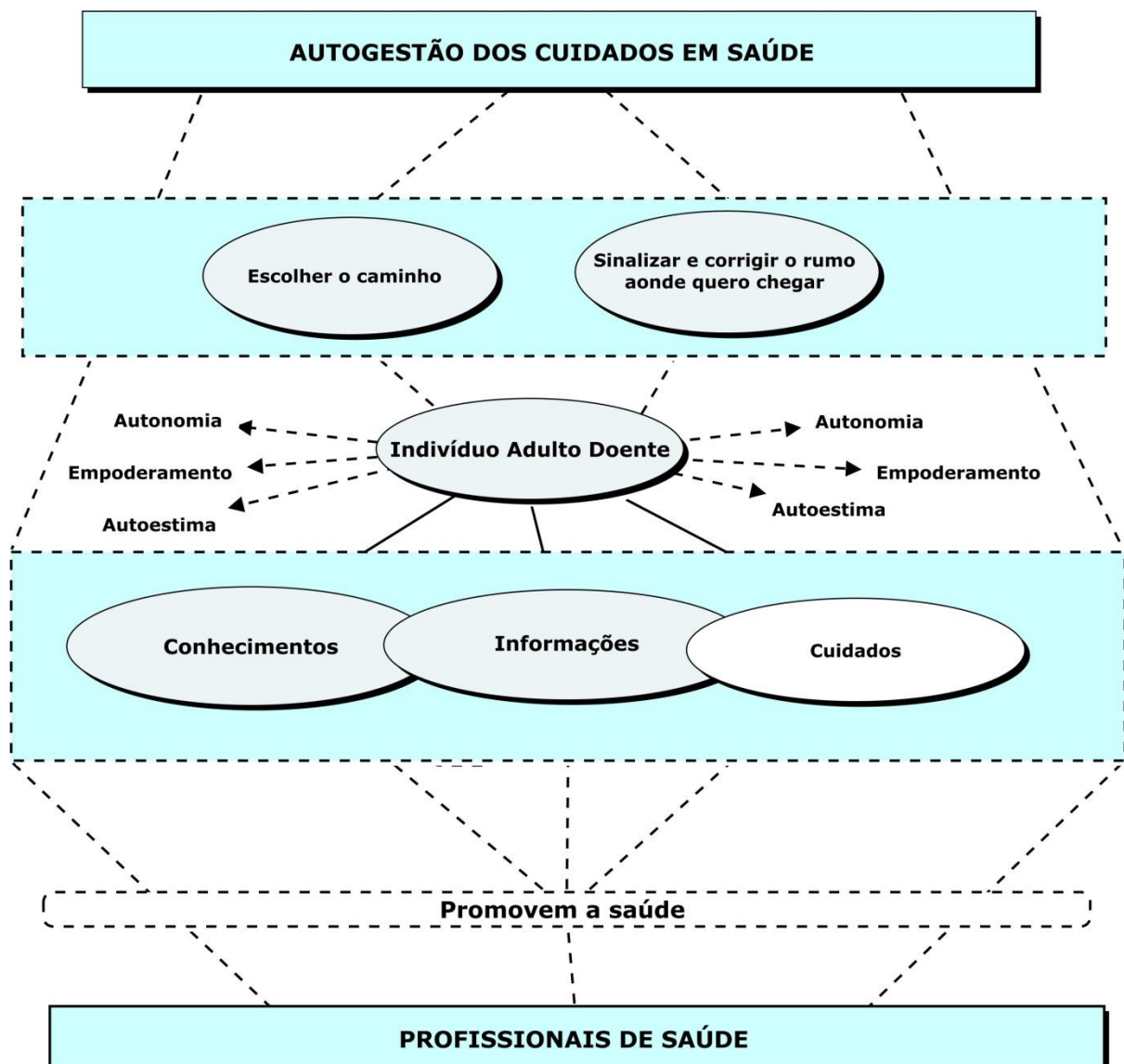


DIAGRAMA 1 – AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE.  
FONTE: os Autores (2012)



O MC vem dar subsídio, visto que representa uma visão da autogestão do cuidado em saúde acerca do indivíduo cronicamente doente, utiliza-se de vocábulos do processo gerencial tradicional e os pratica, mesmo que não saiba o significado deles. Desta forma, o indivíduo cronicamente doente, ao receber as informações e o conhecimento, ganha autonomia, torna-se empoderado e também receptivo aos novos desafios e às mudanças comportamentais em seu adoecimento, o que significa organizar-se.

Nessa perspectiva, o indivíduo cronicamente doente começa a escolher caminhos, pensa a respeito de quais direções deve tomar, ou seja, começa a se planejar. Entre essas escolhas estão, por exemplo, participar de grupos de convivência, optar por diferentes lazeres, mudar o comportamento dietético, optar pelos exercícios, deixar de fumar e visitar periodicamente o profissional de saúde, entre outros eventos. As escolhas vão depender de cada indivíduo, ou seja, ele irá escolher como e quando deve começar as mudanças de vida e assim iniciar seu planejamento desejável e eficaz.

Dando continuidade ao processo da autogestão, outra fase é dirigir, isto é, criar elos de confiança para realizar metas e objetivos de vida para todas as opções de acontecimentos escolhidos anteriormente. Por último, vem o processo denominado controlar, o qual sinaliza as situações que possam comprometer os resultados esperados, ou seja, que corrige o percurso que leva o doente crônico a chegar às condições de saúde. Nessa etapa, o indivíduo começa a fazer reflexões acerca de suas atitudes negativas e/ou positivas, por conseguinte transpõe os acontecimentos para um viver melhor e começa a fazer mudanças dos cuidados em saúde, das quais realmente precisa.

Portanto, a autogestão do cuidado em saúde é um processo dinâmico, consciente e responsável, com um ciclo virtuoso e não vicioso. As fases estão interligadas propiciando estilos diferentes para o indivíduo se re(descobrir) e ver o quão importante é receber informações e conhecimentos para conhecer o estar e o con(viver) com a enfermidade. Assim, o enfermo permanece (re)construindo estilos de vida, escolhendo qual melhor comportamento trará benefício para si, pois cada um se autogerencia diferentemente.

Nesse processo de autogestão do cuidado em saúde, o doente tem ajuda dos profissionais de saúde no esclarecimento de suas dúvidas, principalmente, voltadas à prevenção da doença e à promoção da saúde.

### 3.3 O PROCESSO DE ADOECIMENTO CRÔNICO DE ADULTOS

É essencial uma reflexão da condição humana a fim de compreender a experiência do adoecimento (SAFRA, 2007). Nesse contexto, pela corporeidade<sup>14</sup> o homem faz do mundo a extensão de sua experiência, transforma-o em ligações familiares carregadas de sentimentos e de valores coerentes, disponíveis à ação e permeáveis à compreensão (LE BRETON, 2011).

Uma das questões fundamentais acerca da saúde e do adoecimento é a percepção de que o ser humano tem um corpo vivo, mas um corpo vivo lúcido. Isso significa que, embora possam existir algumas transformações funcionais da sua corporeidade, o ser humano, juntamente com seu adoecimento e a dor que pode vir a sentir em seu corpo, tem a possibilidade de se posicionar de maneira a poder saber da sua dor (SAFRA, 2007).

Experimentar a dor, o sofrimento, saber deles, ter uma clareza que lhes dê um caráter peculiar e também à saúde e à experiência de estar vivo empresta ao ser humano a consciência da sua precariedade desde o nascimento. A constatação da precariedade chega pela instabilidade do corpo, pela necessidade fundamental que o ser humano tem, possivelmente, de ser cuidado. Isso é conhecido como uma das facetas extraordinárias da condição humana (SAFRA, 2007).

Sabe-se que o esforço no reconhecimento das desigualdades do adoecer humano em grandeza populacional surgiu no final do século XVIII e no início do XIX, tornando-se potente instrumento de construções societárias ou sociedades modernas. Normas socionaturais do adoecimento foram buscadas no intuito de se conhecer e dominar as condições de vida e saúde dos seres humanos. Da mesma forma buscou-se arquitetar a ilusão de uma sociedade saudável de modo pleno mediante os meios racionais (AYRES, 2011).

Todas as alterações fisiológicas decorrentes do processo de adoecimento levam o indivíduo a uma condição crônica de saúde com a qual terá de aprender a conviver. Tal condição traz consigo certos fatores estressantes, como o tempo prolongado de tratamento e as mudanças no estilo de vida e no meio social, o que

---

<sup>14</sup> A partir das lógicas corporais e da condição humana (LE BRETON, 2011).

altera o modo de viver desse indivíduo e das pessoas que convivem com ele (RIBEIRO; MANTOVANI, 2001).

Desde que Parsons publicou, em 1951, seu modelo original do papel do doente, numerosos desafios têm surgido. Como exemplo, a determinação da enfermidade e a designação do papel do enfermo estão longe de ser simples. Os doentes podem lutar por anos em sua busca da validação de um diagnóstico oficial. Recentemente, estudos têm salientado outras facetas da designação do papel de enfermo. Primeiramente, há o fenômeno de doenças e sintomas contestados, nos quais provedores e outros rejeitam as afirmações dos indivíduos de estarem genuinamente enfermos. O modelo de Parsons envolveu deveres e privilégios especificamente: a pessoa enferma deve reconhecer que não está bem, deve também buscar ajuda competente dos profissionais de saúde e aderir ao tratamento (RIER, 2010).

Ainda segundo o modelo, os enfermos são liberados de suas obrigações normais para com a família, comunidade, trabalho, entre outros e são também eximidos de culpa por ficarem doentes. Esse modelo auxiliou a estabelecer os termos de discussão ao longo de uma geração (RIER, 2010).

Contrariamente ao modelo parsoniano, Charmaz e Rosenfeld (2010) afirmam que as pessoas com enfermidades crônicas devem aprender a viver com suas condições enquanto mantêm seu emprego e suas obrigações familiares. Gerenciar uma condição contínua e frequentemente deteriorada passa a ser prioridade, e a recuperação não pode ser presumida. Desta forma, em razão da terapêutica de rotina e manejo da enfermidade ocorrer em casa mais do que na clínica, os doentes e familiares tornam-se participantes ativos do tratamento. Na verdade, os profissionais de saúde devem confiar nos pacientes e familiares para informar o planejamento da terapêutica e também consultá-los acerca dos resultados em cuidados de saúde. Assim, o relacionamento do papel do profissional de saúde/doente muda para uma parceria que se sustenta em esforços mútuos para manejar a enfermidade.

Na maioria das vezes, os indivíduos doentes tentam transformar seus desejos em intenções, propósitos e ações. Assim, eles são motivados a realizar identidades futuras e, algumas vezes, são forçados a reconhecer as atuais. Contudo, de modo implícito, as mudanças formam os objetivos de identidade. De fato, esses indivíduos integram novos eventos corporais em suas vidas e em seus

autoconceitos – considerados como uma organização de atributos, sentimentos, valores e características por meio dos quais os indivíduos se definem – mediante a luta com a enfermidade (CHARMAZ, 1995).

No entanto, até que os indivíduos definam as mudanças como crônicas e experienciem seus efeitos diariamente, buscam a recuperação e pode manter a enfermidade, portanto, seus corpos às margens de seus autoconceitos. De modo subsequente, as mudanças continuam a objetivá-los e a se distanciar deles. Não somente seus corpos tornam-se objetos a reparar, como também são locais para fazê-lo (CHARMAZ, 1995).

A situação difere para os indivíduos que já lutaram com suas estranhezas corporais ou mudanças psicológicas, agora redefinidas e legitimadas com sintomas físicos genuínos. O alívio do diagnóstico inicial se transforma na experiência de adotar a designação do médico e de definir o que isso significa para eles, que podem se tornar consciente do estado de saúde e se dar conta de seus sintomas, os quais se adaptam ao diagnóstico. Como exemplo, **o hipertenso fica por muito tempo assintomático e quando tem um desconforto físico e emocional, procura seu clínico e recebe o diagnóstico de hipertensão** (CHARMAZ, 1995, grifo nosso).

Nesse contexto, por meio de luta e rendição, os indivíduos enfermos paradoxalmente crescem mais resolutos, pois mesmo sofrendo perdas corporais, ganham a si próprios, acreditam em sua força interior à medida que seus corpos sofram. Assim, transcendem seus corpos à proporção que se rendem ao controle apresentando possibilidades para resolução de problemas e renovação da vida (CHARMAZ, 1995).

Ao responder à doença crônica, conforme Charmaz (1995), os indivíduos constantemente testam os significados ligados à sua situação alterada contra a realidade da experiência diária. É uma situação de risco, porque não podem ter certeza de que suas próprias percepções em desenvolvimento e definição da situação são compartilhadas por outros, quer seja no cenário informal ou nas interações com profissionais. Recorrer à ajuda pode resultar em dependência indesejada, e apelos por compaixão correm o risco de rejeição. Somente o passar do tempo e tentativa e erro podem fornecer orientações para a natureza dos riscos envolvidos em se viver com uma condição em particular, embora o grau de imprevisibilidade sempre permaneça.

Em um dos seus estudos, Charmaz e Rosenfeld (2010) entrevistaram indivíduos cronicamente enfermos. Estes tinham modificado e normalizado suas vidas para acomodar os sintomas, que mencionavam outras razões, tais como estresse ou envelhecimento para explica-los, antes de saber o diagnóstico da doença crônica.

A partir das considerações feitas, o desafio para o doente hipertenso é modificar sua vida de modo a suportar seu plano de tratamento. A tomada de decisão de controlar a pressão arterial é o fator crítico do indivíduo, o qual procede à modificação do estilo de vida e ao controle da pressão arterial. A decisão real para mudar vem entre o preparo e a ação (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Enfim, o hipertenso possui elementos próprios para dar ressignificação à sua vida, buscando forças, vigor e expertise para seus próprios cuidados em saúde, pois os doentes são constituídos de sequências temporais de adoecer, podendo evidenciar limites identificáveis durante a trilha que percorre, diariamente, até sua morte.

*Grounded Theory can give you a way of learning and a path to knowledge and understanding. May this study mark your beginning of constructing many grounded theories. Best wishes,*  
*Kathy Charmaz, 2012*

## 4 DELINEANDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO

Na exposição do referencial metodológico deste estudo, será dissertado sobre a definição da *Grounded Theory*, características principais do método e a utilização do método da *Grounded Theory* Construtivista.

### 4.1 DEFINIÇÃO DE *GROUNDED THEORY*

A *Grounded Theory*<sup>15</sup> (GT) vem se desenvolvendo consideravelmente nas quatro décadas. A primeira, entre 1960-1970, foi chamada década da descoberta; a segunda, entre 1970-1980, década do desenvolvimento; a terceira, entre 1980-1990, década da difusão; e a quarta, 1990-1996, década da diversificação (ALDIABAT; LE NAVENEC, 2011).

GT é uma abordagem metodológica de pesquisa qualitativa sistematizada que enfatiza a geração de teoria em médio alcance, a partir de dados em níveis substancial e formal, baseados em dados empíricos (GLASER, 1978; WALKER; MYRICK, 2006).

Essa metodologia foi desenvolvida, em 1967, por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, que estudaram acerca das mortes de doentes terminais hospitalizados. Desta forma, criaram um método que permitia ao pesquisador gerar sistematicamente, uma teoria substantiva baseada em dados empíricos e, como resultante da pesquisa, Glaser e Strauss publicaram *The Discovery of Grounded: Strategies for Qualitative Research* (ALDIABAT; LE NAVENEC, 2011; CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008; WALKER; MYRICK, 2006). Apesar de suas tradições filosóficas e de suas pesquisas diferentes, seus olhares eram igualmente importantes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Strauss e Corbin (2008), a GT é um tipo de pesquisa que produz resultados não alcançados mediante procedimentos estatísticos. Refere-se a estudos acerca da vida de pessoas, experiências, comportamentos, sentimentos,

---

<sup>15</sup> Neste estudo, lê-se *Grounded Theory* (GT), pois ratifico o nome original dado pelos autores Glaser e Strauss em 1967.

funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interações entre países, por meio dos quais o pesquisador vai a campo para descobrir o que as pessoas fazem e pensam a respeito de suas vivências/experiências.

Conforme Glaser (1999), a GT é uma metodologia específica de como chegar, a partir da coleta de dados sistematizada, à produção de uma teoria conceitual multivariada. De fato, é um pacote metodológico completo de procedimentos, técnicas e pressupostos relacionados à descoberta de uma teoria da prática, que se inicia com a coleta de dados, levando-os para um estudo teórico que seja publicável. Apesar de ser um método qualitativo, integra as vantagens inerentes de métodos quantitativos. Ainda, para Walker e Myrick (2006), a GT pode ser um processo simples e complexo, metódico e criativo, rigoroso, o que permite ao pesquisador se comprometer a gerar teoria a partir dos dados.

A GT é uma abordagem sistemática dentro da pesquisa qualitativa, que tem suas bases na sociologia, particularmente no interacionismo simbólico, porém, a coleta de dados e a análise de procedimentos são também utilizadas em outras disciplinas, como na psicologia, cuidados à saúde ou educação. A GT tornou-se especialmente popular na Enfermagem nos anos 1989 e 1990 (GERRISH; LACEY, 2006).

Para Charmaz (2009, p. 178-180), a GT possui duas formas distintas desde a sua criação: a construtivista e a objetivista. A primeira é parte integrante da tradição interpretativa, e a segunda deriva do positivismo. Para estabelecer se um estudo é construtivista ou objetivista, é necessário avaliar em que extensão suas características-chave estão de acordo com uma ou outra tradição. Uma abordagem construtivista, por exemplo, “estabelece a prioridade nos fenômenos do estudo e tanto os dados, como análise e tempo são gerados a partir de experiências compartilhadas e das relações com os participantes”. Já uma abordagem objetivista “considera os dados como verdadeiros em si mesmos, sem considerar seus processos de produção”.



## 4. 2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DO MÉTODO

A GT tem características distintas: centra-se em um processo e trajetória, resultando em estágios e fases identificáveis; utiliza gerúndios indicando ação e mudança; tem uma variável ou categoria central; somente um processo social básico, ou o processo psicológico juntamente com o social básico, que une os estágios e as fases da teoria; e é abstrata, pois os dados descritivos são realizados por meio de seus conceitos e afirmações relacionais. A GT, comumente, objetiva produzir teorias de nível intermediário (MORSE, 2001).

Conforme Polit, Beck e Hungler (2004), a GT procura compreender os processos sociais, psicológicos e estruturais que ocorrem no cenário social, visando descobrir os preceitos teóricos fundamentados nos dados. Sendo assim, usa a comparação constante, ou seja, as categorias extraídas dos dados são comparadas, constantemente, com os dados obtidos anteriormente, de modo que os temas e as variações compartilhadas possam ser determinados.

Segundo Gerrish e Lacey (2006), a GT apresenta pontos relevantes, assim discriminados.

Amostragem teórica, codificação, e categorização de dados, mediante análise comparativa constante e o desenvolvimento de uma categoria central. Os pesquisadores desenvolvem uma sensibilidade teórica. O processo analítico pode ser facilitado para o pesquisador nos escritos de notas de campo e memorandos ou memos, que registram as ideias e categorias provisionais. A seguir, essas ideias e categorias tornam-se mais teóricas.

Para Walker e Myrick (2006), os autores Glaser e Strauss, ao criarem a GT, combinaram duas estratégias de análise. Na primeira, o analista codifica todos os dados e, em seguida, analisa sistematicamente esses códigos para verificar ou provar uma dada proposição. Já na segunda estratégia, o analista não participa na codificação dos dados em si, mas apenas inspeciona os dados em suas propriedades nas categorias; usa memorando para acompanhar a análise e desenvolve ideias teóricas. Ainda, determinaram que nenhum desses processos, isoladamente, poderia cumprir a meta de geração de teoria a partir dos dados. Assim, surgiu o método de comparação constante de dados.

Charmaz (2009, p. 249) denomina a GT como um método indutivo visto que se inicia com o estudo de uma variedade de casos individuais e que, a partir desses, desenvolve uma categoria conceitual; abductivo, que tem “início com a análise de dados e após o exame minucioso, consideram-se todas as explicações possíveis para os dados observados; formulam-se hipóteses a serem ou não confirmadas, até que o pesquisador chegue à interpretação mais plausível dos dados observados”, isto é, quando ele encontra algo novo, retorna ao local para certificar-se da sua descoberta; comparativo, que é um conjunto de estratégias que geram sucessivos conceitos abstratos, ou seja, comparações que integram cada uma das etapas do desenvolvimento analítico; emergente, pois o método em si é um processo emergente; por fim, interativo, porque o pesquisador interage com os dados que interpreta.

O método é revolucionário por quatro razões: 1) pela explanação do método de aperfeiçoar a coleta de dados ao fazer perguntas analíticas e desenvolver interpretações teóricas; 2) pelo delineamento das diretrizes indutivas para a codificação de dados e desenvolvimento de categorias abstratas emergentes; 3) pela argumentação de que as estratégias metodológicas podem avançar a análise para a construção de teorias de nível intermediário; 4) pelo fornecimento de legitimidade para realizar as pesquisas qualitativas indutivas, uma vez que os cientistas sociais estavam interessados na pesquisa quantitativa (CHARMAZ, 2009).

Ao organizar e codificar abundantes comparações, a compreensão analítica dos dados começa a tomar forma. Depois disso, vão-se redigindo anotações analíticas preliminares dos dados coletados, assim como outras ideias que ocorram acerca deles. Nesse sentido, tal ação é denominada de memorando, sendo uma etapa intermediária e fundamental da GT entre a coleta de dados e a redação do relatório (CHARMAZ, 2009).

A codificação de dados da GT se dá em conjunto com a análise por meio de um processo de memorando conceitual, capturando a ideação do teórico da teoria emergente. O memorando ocorre, inicialmente, em nível de codificação inicial e passa para níveis mais altos de abstrações conceituais, bem como a codificação sucede-se para a saturação teórica, e o investigador começa a explorar a reintegração conceitual mediante a codificação teórica (HOLTON, 2010).

Ao escrever os memos, o pesquisador **para e analisa** (grifo nosso) as suas ideias a respeito dos códigos de todas e quaisquer formas que lhe ocorram naquele momento. Essa fase constitui-se em um método decisivo da GT porque incentiva a análise dos dados e códigos no início do processo de investigação. Dessa forma, redigir os memorandos sucessivos em todas as fases do processo da pesquisa mantém o investigador envolvido na análise, assim como o auxilia a elevar o nível de abstração de suas ideias. Consequentemente, a apreensão do pesquisador, ao elaborar os memorandos cada vez mais teóricos, fornece-lhe a matéria-prima para o primeiro esboço de seu relato de pesquisa (CHARMAZ, 2009).

Além disso, os memorandos permitem sinalizar ao investigador quais são as categorias incompletas e as lacunas em análise. Assim, eles conduzem diretamente à amostragem teórica, pois implicam obter os dados, construir as ideias provisórias sobre as informações que melhor se ajustam e interpretam os dados como as categorias analíticas provisórias. Quando aparecem questões inevitáveis e lacunas nas categorias elencadas, buscam-se dados que resolvam esses pontos e preencham os espaços (CHARMAZ, 2009).

Sabe-se que as ideias são frágeis, portanto os memos devem ser escritos o mais rápido possível: pensar e escrever teoricamente em forma de fluxo de consciência, sem se preocupar acerca da gramática, ortografia e afins. Os memos minimizam o bloqueio dos escritores e são sempre modificáveis à medida que o investigador descobre mais a respeito do seu tema, pois são ideias teorizantes escritas a partir dos códigos e seus relacionamentos (SIMMONS, 2011). Também para Charmaz (2009), a redação do memorando cria um espaço para o investigador tornar-se proativo, empenhando-se no material de que dispõe, elaborando suas ideias e realizando pequenos ajustes na coleta de dados posteriores.

Segundo Charmaz (2009), o pesquisador, ao registrar os memorandos, elabora anotações analíticas para explicar e preencher as categorias e deve começar pelos códigos. Os memos proporcionam ao investigador um ambiente para comparar os dados e dados, dados e códigos, códigos de dados e outros códigos, códigos e categorias e categorias e conceitos, bem como a articulação de conjecturas a respeito dessas comparações.

Assim sendo, o pesquisador utiliza os memos para ajudá-lo a refletir a respeito dos dados e descobrir as suas ideias relativas a eles. Nessa fase, o pesquisador interrompe outras atividades, dedica-se a uma categoria, deixa sua

mente divagar livremente em relação a todas as perspectivas dessa categoria e, então, escreve tudo o que lhe ocorreu. Isso define um lugar e um espaço para a exploração e para a construção. É por essa razão que leva tempo para descobrir as ideias a respeito do que o pesquisador viu, ouviu, percebeu e codificou (CHARMAZ, 2009).

Consoante a Strauss e Corbin (2008), existem três tipos de memorandos: o primeiro são os memorandos de codificação contendo os produtos reais dos três tipos de codificação (aberta, axial e seletiva); o segundo, os memorandos teóricos considerados sensibilizadores e resumidos, que contêm as considerações e as ideias do analista a respeito da amostragem teórica e outras questões; e o terceiro são os memorandos de campo, que contêm direções de procedimento e lembretes.

Os memorandos e diagramas são procedimentos eficazes em pesquisa, voltados para a construção de teoria porque permitem aos investigadores manter o registro da análise dos dados. Os memorandos são, portanto, registros escritos de análise, podendo variar em tipo e formato, ou seja, devem ser analíticos e conceituais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os diagramas são representações visuais e não escritas das relações entre conceitos. Tanto os memorandos quanto os diagramas são processos importantes para o pesquisador, pois crescem em complexidade, densidade, clareza e acuidade à medida que a pesquisa progride (STRAUSS; CORBIN, 2008). Charmaz (2009) menciona que em uma conversa com Clarke, essa autora relata que utiliza a diagramação para integrar as categorias relevantes.

Para Charmaz (2009), a representação gráfica ou diagrama pode mostrar imagens concretas das ideias do pesquisador, que tem como vantagem a representação visual das categorias e de suas relações. Os investigadores usam diversos tipos de diagrama, como mapas conceituais, quadros e figuras, para extrair as relações enquanto constroem suas análises e demonstrar essas relações em seus estudos concluídos.

O pesquisador percebe, mediante os diagramas, o poder relativo, o alcance e a direção das categorias em sua análise, bem como as conexões existentes entre elas. Revê um agrupamento inicial improvisado referente a uma categoria, transformando-o em uma forma mais exata, como um diagrama que esclarece as propriedades da categoria. O investigador também pode elaborar o mapa conceitual,

onde coloca os seus conceitos e orienta o movimento que existe entre eles (CHARMAZ, 2009).

As matrizes condicional e consequencial são apresentadas como um mecanismo analítico para ajudar o pesquisador a acompanhar a interação de condições/consequências e ações/interações subsequentes e a realizarem as conectividades entre as categorias. Deste modo, existe uma representação visual das transações observadas no mundo empírico e suas interações e interrelações, foram introduzidas por Strauss e Corbin em 1990 e 1998. Essas matrizes oferecem um dispositivo analítico de reflexão acerca das relações macro e micro que podem determinar as situações pesquisadas pelo investigador (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Igualmente, o modelo é um mecanismo indutivo que pode ajudá-lo a acompanhar a interação de condições/consequências e ações/interações subsequentes e fazer as interconexões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

#### 4.3 USANDO O MÉTODO DA *GROUNDED THEORY* CONSTRUTIVISTA

Neste estudo, será usada a perspectiva preconizada por Charmaz (2007) ao invés da perspectiva clássica do método preconizada por Glaser e Strauss. A escolha se deve ao fato de que tal perspectiva propicia ao pesquisador um caminho metodológico em que a refletividade oferece a possibilidade de se tomar posição proativa por meio da coleta de dados e do desenvolvimento de análises interpretativas em um olhar construtivista e uma compreensão mais globalizante.

As fundamentações ontológicas e epistemológicas do método da GT mudaram em quarenta anos e mais recentemente com o desafio construtivista. A GT construtivista é uma revisão contemporânea da GT clássica de Glaser e Strauss em 1967 e Glaser em 1978. Ela presume uma epistemologia relativista, vê o conhecimento como socialmente produzido, reconhece múltiplos pontos de vista dos participantes da pesquisa e do investigador, o qual assume uma posição reflexiva em direção às ações, situações dos participantes no cenário da pesquisa e nas construções analíticas próprias (CHARMAZ, 2007).

Ainda, para Charmaz (2007), esse método visa à construção mútua de dados e nele o pesquisador constrói categorizações. O investigador vê a

representação de dados como problemática relativista, situacional e parcial, reconhece a subjetividade na análise de dados e reconstrução de dados e engaja-se na reflexão. O método também prevê que os valores, as prioridades, posições e ações do observador afetam as observações.

O investigador vê as generalizações como parciais, condicionais e que estas estão situadas no tempo e espaço das posições e das ações de participantes e das interações entre ambos. Desse modo, o pesquisador foca as interpretações em construção, bem como objetiva a compreensão interpretativa (CHARMAZ, 2007).

Os pesquisadores construtivistas entram no mundo liminar de significado e ação dos participantes de uma maneira diferente da que os investigadores da GT clássica fazem. Objetivam chegar tão próximo quanto possível das realidades empíricas e favorecem o conhecimento total sobre a completude eficiente de suas análises. A partir de uma visão construtivista – quando, como e até que ponto se observou o fenômeno –. O investigador vive em um mundo que é atuado e interpretado – pelos participantes de pesquisa e pelo pesquisador – bem como afetado pelos outros indivíduos e circunstâncias (CHARMAZ, 2007; CHARMAZ, 2009).

Contudo, ações, interpretações e influências podem ser subafirmadas ou continuam não reconhecidas, pois existe a tarefa de torná-las explícitas nas análises que os investigadores realizam. Da mesma forma, estes interpretam as ações dos participantes de pesquisa e tentam compreender suas crenças, seus objetivos, as razões por que eles realizam suas ações e/ou as inércias a partir de suas perspectivas (CHARMAZ, 2007).

Além disso, o investigador procura localizar os significados e ações dos participantes nas estruturas sociais e discursos dos quais podem não estar conscientes. Nos pressupostos que os participantes expõem, são construídos seus significados, ações e estruturas sociais que podem refletir ideologias. Na área da saúde, por exemplo, as pessoas podem esclarecer para o pesquisador como descobrem a diferença entre ter um diagnóstico e ter uma doença. Ainda, ao estudar o modo como os indivíduos conhecem sua cronicidade, o pesquisador obtém ideias sobre o que significa para elas o fato de serem portadoras da doença (CHARMAZ, 2009).

Nesse percurso, afirma Charmaz (2009) que a abordagem construtivista estimula o pesquisador a teorizar na tradição interpretativa, a aprofundar os

significados e os processos implícitos, bem como o leva a explorar e interpretar as afirmações ou atitudes implícitas dos indivíduos, obtendo deles conhecimento íntimo, trabalhando indutivamente. Nesse sentido, os pesquisadores de enfermagem que utilizam a GT têm desempenhado um papel fundamental para a disciplina, tais como as experiências de adoecimento e enfermidades, entre outras.

Na codificação, Charmaz (2009) assegura que o pesquisador refina, classifica pequenas quantidades de dados de acordo com o que indicam e fornecem uma estrutura analítica para o investigador estabelecer comparações com outros segmentos de dados. Existem dois tipos principais de codificações. A primeira é linha por linha inicial denominada de microanálise ou codificação inicial, sendo uma estratégia que induz o pesquisador a estudar seus dados rigorosamente e a começar a conceituar suas ideias.

A segunda categorização é focalizada, pois permite ao investigador separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados. Exige tomada de decisão do pesquisador acerca de quais códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os seus dados de forma incisiva e completa (CHARMAZ, 2009).

Também, Charmaz (2009) aponta uma terceira codificação denominada de axial, que visa associar as categorias às subcategorias e questiona o modo como elas estão relacionadas e reagrupam os dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente. Segundo Strauss e Corbin (2008, p. 124), a codificação axial define questões como “quando, onde, por que, quem, como e com que consequências” dando um domínio explanatório ao conceito. Pode limitar-se “o que e como os pesquisadores descobrem acerca do mundo que estudam e assim restringir os códigos estudados” (CHARMAZ, 2009, p. 91).

## 5 SEGUINDO O PERCURSO DO REFERENCIAL METODOLÓGICO

Evidencia-se neste capítulo o tipo e local do estudo, amostragem teórica, entrada no campo e na coleta de dados, codificação dos dados, aspectos éticos inerentes à pesquisa e validação da teoria.

### 5.1 INICIANDO O MÉTODO DA *GROUNDED THEORY* CONSTRUTIVISTA

#### 5.1.1 Tipo de estudo

O estudo trata de uma abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a GT Construtivista.

Para Stake (2011), a pesquisa qualitativa é interpretativa, experiencial, situacional e personalística, visto que se fixa nos significados das relações humanas a partir de diferentes pontos de vista; é empírica e está direcionada ao campo; foca nos objetos e nas atividades em contextos únicos; busca mais a singularidade do que a semelhança e honra a diversidade, ou seja, trabalha para compreender as percepções individuais.

O Método da GT Construtivista dá prioridade aos fenômenos do estudo e considera, tanto os dados como a análise, como tendo sido gerados a partir de experiências compartilhadas e a partir das relações com os participantes. Os pesquisadores construtivistas estudam como os participantes constroem significados e ações em situações específicas. Uma abordagem construtivista significa mais que observar como os indivíduos percebem seus estados; ela não apenas teoriza o trabalho interpretativo realizado por participantes do estudo, mas reconhece que a teoria é uma interpretação (CHARMAZ, 2009).

A maneira construtivista interpretativa enfatiza que a produção do conhecimento deve ser construída em relação àquilo que o indivíduo pesquisado expressa (GONZÁLES; FERNANDO, 2005).



### 5.1.2 Local do estudo

O local para a realização do estudo foi o Distrito Sanitário Boa Vista no Município de Curitiba que é composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) denominadas Abaeté, Abranches, Atuba, Bacacheri, Bairro Alto, Barreirinha, Fernando de Noronha, Pilarzinho, Santa Cândida, Santa Efigênia, Tarumã, Tingui, Vila Diana, Luíz L. Lazof/Esperança, Vila Leonice, Vista Alegre, Higienópolis e Medianeira. A escolha desse Distrito deveu-se ao maior contingente de hipertensos cadastrados no Sistema de Gestão Clínica da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA)<sup>16</sup> e por ser área de atuação da Universidade Federal do Paraná (APÊNDICE 1).

A administração de Secretarias da Prefeitura Municipal de Curitiba engloba 38 secretarias. Entre elas, a Secretaria de Saúde tem a missão de planejar e executar a política de saúde para o Município de Curitiba. Nesse intuito, esta se responsabiliza pela gestão, regulação dos serviços próprios e conveniados, monitora as doenças e agravos e realiza a vigilância sanitária sobre os produtos e serviços de interesse da saúde que visam a uma população mais saudável (CURITIBA, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde é composta por nove Distritos Sanitários, Centro de Controle, Avaliação e Auditoria; Centro de Informação em Saúde; Centro de Epidemiologia; Centro de Saúde Ambiental e Centro de Assistência à Saúde (CURITIBA, 2011).

Os hipertensos são atendidos pelas equipes das UBS, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os profissionais do NASF, além de dar apoio a ESF, prestam atendimento aos grupos estruturados, sejam de exercícios físicos, fisioterapia de grupos de joelho e coluna, convivências de trabalhos, vigilante do peso e de outros trabalhos que os profissionais conseguem realizar parcerias.

---

<sup>16</sup> Foi substituído pelo e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). É uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. A ferramenta e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de SUS *online* (BRASIL, 2014b). Lê-se SISHIPERDIA como e-SUS AB.

### 5.1.3 Apresentando amostragem teórica

Os participantes foram aqueles que permitiram a compreensão da experiência de sua autogestão de cuidados. Nesse contexto, no estudo qualitativo, segundo Charmaz (2009), o informante descreve e reflete acerca de suas experiências, as quais ocorrem na sua vida cotidiana. Ele também admite compreender sobre sua vida e interações sociais (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

Os elementos da amostragem inicial são constituídos por indivíduos, situações, fatos, casos e/ou ambientes para que o pesquisador possa encontrar matérias relevantes para o seu estudo, a fim de construir as categorias com suas respectivas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008; CAMARGO, 2009; CHARMAZ, 2009).

Essa metodologia utiliza-se da amostragem teórica, uma vez que visa buscar os dados pertinentes para “desenvolver as propriedades das suas categorias ou teorias em desenvolvimento, e não testar amostras de populações selecionadas de forma aleatória ou de distribuições representativas de uma determinada população, [...]”. Isso instiga o pesquisador a repassar os seus passos ou a adotar um novo percurso em que se têm categorias provisórias e ideias emergentes incompletas (CHARMAZ, 2009, p. 249).

Desse modo, a coleta e análise de dados foram conduzidas em quatro etapas. Inicialmente, buscamos compreender duas características: o início da doença de hipertensão e o cuidado em saúde do indivíduo hipertenso.

Na primeira etapa, foram realizadas duas entrevistas-piloto com hipertensos entre 18 anos a 59 anos, para esclarecer a questão norteadora do fenômeno pesquisado. Isso evidenciou um norte para a pesquisa em tela e possibilitou uma aproximação com o primeiro grupo amostral. Em relação à idade foi escolhida essa faixa, devido a minha participação do Grupo de Estudo Multiprofissional da Saúde do Adulto (GEMSA), no qual estudamos somente adultos.

A segunda etapa foi constituída pelo primeiro grupo amostral, com 14 indivíduos com HAS, que estavam cadastrados no SISHIPERDIA, atendidos nas Unidades Municipais de Saúde do Distrito Sanitário Boa Vista da Prefeitura Municipal de Curitiba. Esses indivíduos não apresentavam sequela aparente da

doença ou complicação como acidente vascular encefálico, dentre outros e tinham idade superior a 18 anos até 59 anos, para que houvesse uma diversidade significativa de códigos e categorias, e assim conseguir responder à questão norteadora da presente tese.

As hipóteses desse primeiro grupo amostral compreenderam:

H<sub>1</sub> – Os hipertensos cadastrados no SISHIPERDIA autogerenciam seus cuidados em saúde;

H<sub>2</sub> – A participação dos hipertensos no SISHIPERDIA facilita a autogestão do cuidado.

A terceira etapa foi constituída pelo segundo grupo amostral, e sua finalidade foi compreender como os indivíduos hipertensos realizam os cuidados em saúde e quais são esses cuidados. Esse grupo foi representado por 14 hipertensos que frequentavam o SISHIPERDIA, também atendidos nas Unidades Municipais de Saúde do Distrito Sanitário Boa Vista da Prefeitura Municipal de Curitiba, e que participavam de algum grupo estruturado orientado, com idade superior a 18 anos até 59 anos, independente de estarem aposentados.

Nesse grupo amostral entrevistamos hipertensos que participavam de exercícios físicos orientados, como ginástica, caminhada e alongamento de joelho e de coluna. Além desses exercícios, os hipertensos realizavam atividades físicas, como os afazeres domésticos e cuidados com animais de estimação.

As hipóteses do segundo grupo amostral foram:

H<sub>1</sub> – O hipertenso que tem informações acerca dos cuidados em saúde reconhece o caráter crônico da sua doença;

H<sub>2</sub> – O hipertenso que segue o tratamento medicamentoso e não medicamentoso reconhece as necessidades de alterações no seu cotidiano e as complicações da doença.

No QUADRO 1, evidencia-se a caracterização dos participantes do primeiro e segundo grupo amostral.

Finalmente, a quarta etapa foi constituída pelo terceiro grupo amostral com 10 participantes da equipe interdisciplinar de saúde do setor público, e sua finalidade foi elucidar e dar continuidade na relação entre os códigos das etapas anteriores.

Segue quadro representativo dos participantes do terceiro grupo amostral QUADRO 2.



## Continuação

P12	F		59	Branca	Casada	Do lar	Ensino Fundamental incompleto	Católica	0
P13	F		59	Branca	Casada	Do lar	Ensino Fundamental incompleto	Católica /Evangélica	0
P14	F		53	Branca	Divorciada	Diarista	Ensino Médio completo	Católica	0
P15	F		52	Branca	Casada	Do lar	Ensino Fundamental completo	Católica	4
P16	F		57	Branca	Separada	Do lar	Ensino Fundamental completo	Mórmon	3
P17	F		56	Parda	Solteira	Aposentada	Ensino Fundamental incompleto	Evangélica	5
P18	F		48	Branca	Casada	Do lar	Ensino Médio completo	Católica	4
P19	F		56	Branca	Casada	Do lar	Ensino Médio completo	Católica	16
P20	F		54	Branca	Casada	Do lar	Ensino Médio completo	Católica	6
P21	F		56	Branca	Casada	Microempresária	Ensino Fundamental incompleto	Católica	3
P22	F		57	Branca	Divorciada	Do lar	Ensino Médio completo	Evangélica	1 mês
P23	F		55	Branca	Casada	Salgadeira	Ensino Médio incompleto	Católica	2 meses
P24	F		45	Branca	Casada	Artesã	Ensino Médio completo	Católica	5
P25	F		50	Branca	Solteira	Televendas	Ensino Médio completo	Católica	15
P26	F		56	Branca	Casada	Do lar	Ensino Médio completo	Católica	2
P27	F		54	Branca	Casada	Do lar	Ensino	Católica	1

Continuação

							Fundamental incompleto		
P28	F		45	Branca	Casada	Do lar	Ensino Fundamental incompleto	Católica	1 mês

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PRIMEIRO E SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL

FONTE: os Autores (2014)

PARTICIPANTES	SEXO	IDADE	ETNIA	ESTADO CONJUGAL	OCUPAÇÃO	SUPERIOR ESPECIALIZAÇÃO ENSINO MÉDIO	RELIGIÃO	TEMPO NA UBS/ANO	TEMPO NO SISHIPERDIA /ANO
P29	F	38	Branca	Casada	Médica	Especialização/Acupuntura.	Católica	11	11
P30	F	48	Branca	Casada	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio Completo.	Evangélica	10	10
P31	F	31	Branca	Casada	Nutricionista	Especialização/Saúde Coletiva da Família.	Não respondeu	7	5 1/2
P32	F	38	Branca	Casada	Enfermeira	Especialização/Auditoria do Serviço de Saúde, Gestão de Serviço de Saúde, Estratégia da Saúde da Família.	Católica	2	1 1/2
P33	F	36	Branca	Casada	Enfermeira	Especialização/Gerenciamento do Serviço, Estratégia da Saúde da família, Gestão de Qualidade.	Católica	10	10
P34	F	55	Branca	Divorciada	Farmacêutica	Especialização/Fármaco-interação medicamentosa, educação, Estratégia da Saúde da Família.	Evangélica	10	6
P35	M	33	Branco	Casado	Profissional de Educação Física	Mestrado/Biomecânica da coluna vertebral e Especialização/Ergonômica fisiológica.	Católica/ Espírita	5	5
P36	M	34	Branco	Casado	Médico	Especialização/Medicina da Família e Acupuntura.	Católica	2 1/2	7
P37	F	35	Branca	Casada	Fisioterapeuta	Especialização/Osteopatia, Fisioterapia ortopédica, Pilates.	Católica	13	13
P38	M	51	Branco	Divorciado	Profissional de Educação Física	Especialização/Ciência do Esporte na Promoção à Saúde.	Católica	5	5

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL

FONTE: os Autores (2014)

O terceiro grupo amostral teve como hipóteses:

H<sub>1</sub> – As abordagens dos profissionais de saúde aos hipertensos acerca dos cuidados influenciam na autogestão dos cuidados em saúde;

H<sub>2</sub> – O hipertenso começa a realizar a autogestão dos cuidados em saúde, principalmente atividades físicas aeróbicas regulares, alimentação balanceada com diminuição de sal e gordura, e ingestão de anti-hipertensivo regularmente, após o entendimento do significado da hipertensão e suas complicações.

O quantitativo total dos grupos amostrais foi constituído mediante a análise dos dados, reagrupamento das categorias, memorandos e diagramas construídos. Isso foi possível devido à sensibilidade do pesquisador e circularidade dos dados. A fase da amostragem teórica auxiliou na explicação das categorias iniciais à medida que foi sendo desenvolvida a análise interpretativa e permitiu a aquisição de dados para a construção desta pesquisa. Portanto, não se pode confundir amostragem teórica com amostragem inicial, pois a primeira evidencia para aonde o pesquisador deve ir, e a segunda estabelece por onde o investigador deve começar. Ainda, a qualquer momento, o investigador poderá retornar ao participante para validar ou coletar mais dados (CHARMAZ, 2009).

Os grupos amostrais com os respectivos números de participantes são evidenciados no DIAGRAMA 2.

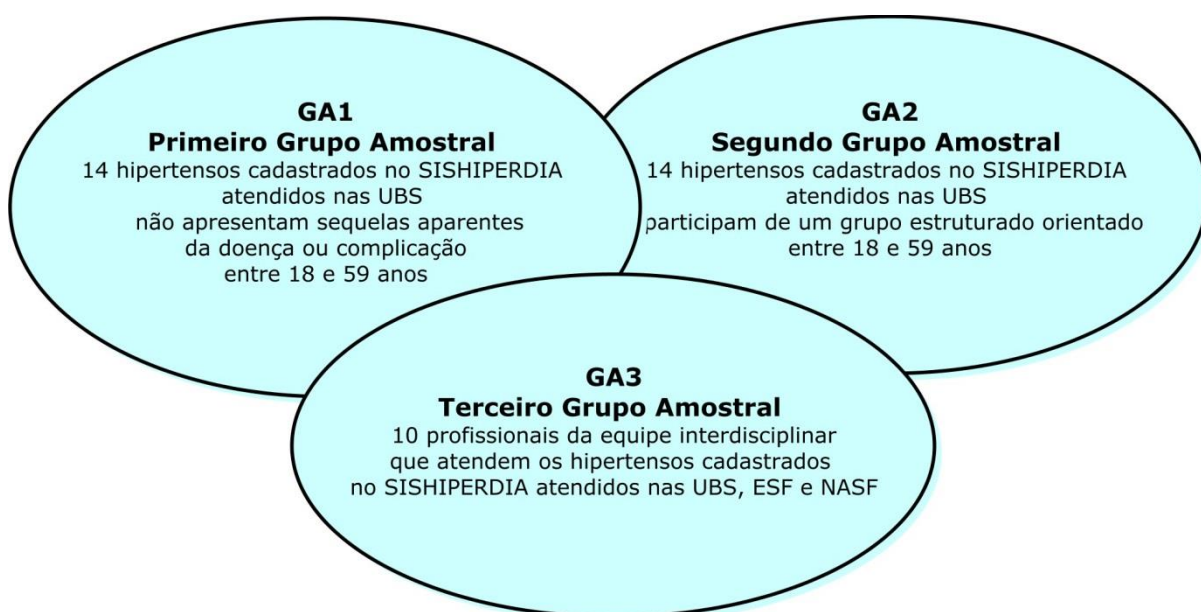


DIAGRAMA 2 – GRUPOS AMOSTRAIS COM RESPECTIVOS NÚMEROS DE PARTICIPANTES  
FONTE: os Autores (2014)



#### 5.1.4 Entrando no campo e coletando os dados

Primeiramente, o projeto de pesquisa aprovado foi apresentado à coordenadora sanitária e às autoridades sanitárias das UBS pertencentes ao Distrito Sanitário Boa Vista no Município de Curitiba/PR. Em seguida, no dia 6 de setembro de 2012, iniciei a coleta de dados entrevistando o primeiro participante da investigação do primeiro grupo amostral; o segundo grupo teve início em 20 de maio de 2013, e o terceiro, no dia 11 de fevereiro de 2014.

As abordagens dos participantes realizadas no primeiro grupo amostral seguiram um roteiro específico. Entrei em contato com a autoridade sanitária da UBS para agendar a minha ida com antecedência e, no dia pré-agendado, fui à UBS para realizar a entrevista semiestruturada. A enfermeira e o técnico de enfermagem do SISHIPERDIA sugeriram ao pesquisador que realizasse a abordagem dos participantes do primeiro grupo amostral quando viessem buscar medicamentos, consultar com o médico e verificar a pressão arterial. O procedimento se justifica a política de acolhimento aplicada nas UBS. A entrevista foi realizada na própria sala do espaço de saúde onde a enfermeira fazia o atendimento aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Para o segundo grupo amostral as abordagens seguiram também um roteiro: conversei primeiro com o educador físico e/ou fisioterapeuta e/ou líder comunitário e agendei a minha ida aos locais em que os participantes realizavam exercícios físicos, tais como ginástica e/ou alongamento de Joelho ou de Coluna. Nesse grupo, os profissionais de saúde, líder comunitário e agente comunitário de saúde é que abordavam o participante e o encaminhavam ao pesquisador para realizar a entrevista. Eventualmente, a própria pesquisadora fazia a abordagem. Assim, as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada ao lado do salão de ginástica e/ou alongamento de Joelho ou de Coluna. Esse local, normalmente, era um salão paroquial e uma sala na rua da cidadania.

Finalmente, no terceiro grupo amostral, entrevistei o educador físico, enfermeira, médico, farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta e agente comunitário de saúde, os quais compunham a equipe interdisciplinar de saúde que atendiam os hipertensos cadastrados no SISHIPERDIA das UBS, NASF, ESF. Esses profissionais foram indicados pelos hipertensos participantes da pesquisa, pela

autoridade sanitária do Distrito Boa Vista e pelo próprio profissional participante do estudo. O local e a data da realização das entrevistas foram determinados pelos participantes desse grupo: em consultório, sala do espaço da saúde ou sala de reunião.

Na GT Construtivista, a coleta e análise dos dados são realizadas ao mesmo tempo, pois revelam opiniões, sentimentos, intenções e ações dos participantes. Para fins didáticos, a coleta e análise de dados são apresentadas separadamente.

Nesta pesquisa, efetuei as entrevistas intensivas e memos de campo, ou a combinação dessas fontes. Os memos descrevem as observações e interpretações durante a entrevista. Isso faz com se respeite o participante em sua intersubjetividade. Conforme Charmaz (2009), essas técnicas permitem ir além das aparências de experiências descritas e se utilizam de habilidades sociais.

Em seguida, o pesquisador foi ao campo com o instrumento de coleta de dados com questões focais semiestruturadas iniciais simples, a partir das quais se consolida o primeiro grupo amostral. Apesar das descobertas durante a etapa inicial da coleta e da análise de dados, mais indivíduos podem ser agregados à amostra. Outros participantes podem ser entrevistados mais de uma vez para acompanhar os achados posteriores e levar à saturação. O pesquisador “fixa-se nos significados das relações humanas a partir de diferentes pontos de vista” (STAKE, 2011, p. 25).

A entrevista intensiva “permite um exame minucioso de um tópico em particular, com uma pessoa que tenha tido experiências relevantes”. Dessa forma, esse tipo de entrevista origina a explicação da interpretação de cada participante sobre sua própria experiência e representa um método favorável à pesquisa interpretativa (CHARMAZ, 2009, p. 46).

Considerando que a fundamentação da entrevista está em promover o esclarecimento da interpretação de cada participante a respeito da sua própria experiência, o entrevistador formula perguntas para que o participante descreva e reflita acerca de suas próprias experiências, levando em conta que, raramente, essas perguntas ocorrem na vida cotidiana. Assim, o pesquisador está pronto para escutar, ouvir com sensibilidade e estimular o indivíduo a responder (CHARMAZ, 2009).

Foram gravadas, em meio digital, todas as entrevistas com transcrição posterior, respeitando-se o anonimato dos participantes. As primeiras perguntas realizadas ao enfermo com HAS foram: Conte-me como foi que o(a) senhor(a)

descobriu que era hipertenso(a). E o que pensou naquele momento? Como o(a) senhor(a) cuida da sua saúde? (APÊNDICE 2).

Para o segundo grupo amostral, as perguntas foram as seguintes: Quais são os motivos para se cuidar? Por que se cuida? O que o (a) motiva a fazer o exercício físico ou alongamento ou caminhar, ou ir ao médico, ou alimentar-se com restrição de sal? Em que você se inspira para ter motivos de se cuidar? Além de aprender com profissionais, onde mais aprende sobre como se cuidar? O que percebeu depois que começou a fazer exercícios físicos, conta para mim? Como cuida da alimentação? Como cuida da medicação? (APÊNDICE 3).

Já para o terceiro grupo amostral, as perguntas foram: Como aborda o hipertenso? Como trabalha com o hipertenso sobre o que ele possa ter? O que você acha que ele precisa saber? O que acontece com o hipertenso que consegue controlar a pressão arterial? O que acontece com o hipertenso que não consegue controlar a pressão arterial? Que comportamentos acha que ele tem? Acha que ele sabe o que é HAS? Se sim, como você sabe? Como muda o comportamento do hipertenso? Como acha que ele faz em relação ao tratamento para que dê certo? Como sabe como ele age em relação à saúde dele para que dê certo? (APÊNDICE 4).

Existe uma pergunta que o pesquisador faz para ele mesmo: Quando encerrar a coleta de dados? Essa encerra quando as categorias encontradas estiverem saturadas. Nesse sentido, Charmaz (2009) menciona que a saturação teórica é o ponto no qual a coleta de mais dados não revela nenhuma propriedade nova, nem permite *insights* teóricos novos da GT emergente.

#### 5.1.5 Percorrendo a codificação dos dados

A codificação dos dados é a análise dos dados pesquisados. Consoante a Charmaz (2009), neste estudo foram usadas as seguintes etapas: *codificação inicial*, *codificação focalizada* e *codificação axial*, que serão pontuadas abaixo.

A primeira, *codificação inicial*, envolve estudar cada fragmento das narrativas – nas palavras, linhas ou segmentos de dados – transcrever todo o material coletado e as frases analisadas e selecionar as palavras-chave.

Após a transcrição da primeira entrevista, inicia-se a codificação, permanecendo aberta a exploração de quaisquer possibilidades teóricas que possam ser reconhecidas nos dados, pois estes orientam as principais categorias conceituais. Assim sendo, a codificação inicial das entrevistas dos 38 participantes foram realizadas linha por linha, permanecendo aberta aos dados e percebendo as nuances destes.

A seguir, seguem alguns modelos de códigos da codificação inicial no QUADRO 3.

CÓDIGOS	EXTRATOS DAS ENTREVISTAS
Fazendo alguma coisa quando bate a água na região do pescoço, assim, vai levando o resto.	[...] eu me vejo de vez em quando da seguinte coisa: eu só faço alguma coisa quando a água está batendo por aqui (mostra a região do pescoço), o resto vou levando conforme está dando. (GA1; P3).
Querendo ter saúde. Acreditando na alimentação saudável. Acreditando nas refeições fracionadas.	[...] minha saúde, não é para bonito? Não é para... Entende? [...] Tudo vale da alimentação, não vale só tomar o remédio e comer bastante gordura e refrigerante, essas coisas todas... Tudo engorda e a pressão aumenta! [...] Ah! A pessoa tem que ter um pouco de noção da boca. Ela tem que ter... Sabe! O que é? Ela tem que ter consciência de que tudo pode comer, pode comer de tudo! Mas tudo de pouquinho, de três em três horas que ela pode comer. (GA2; P16).

QUADRO 3 – MODELO DE CODIFICAÇÃO INICIAL

FONTE: os Autores (2014)

Também nesta fase da codificação inicial começa-se a escrita dos memorandos<sup>17</sup> que fornecem registros das entrevistas, das observações e do processo analítico. Igualmente, os diagramas<sup>18</sup> são elaborados à medida que se analisa os dados.

<sup>17</sup> Em todas as fases de codificação dos dados, escrevem-se os memorandos.

<sup>18</sup> Em todas as fases de codificação dos dados, elaboram-se os diagramas e mapas conceituais.

Observam-se modelos dos memorandos no QUADRO 4.

22.02.2013		
MEMOS METODOLÓGICOS	MEMOS DE CAMPO	MEMOS TEÓRICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como ficou sua vida após ter iniciado a HAS?</li> <li>• O (a) senhor (a) sabe o que é HAS?</li> <li>• Como percebeu que apareceu a HAS?</li> <li>• O que fez para melhorar?</li> <li>• Procurou ajuda?</li> <li>• Com quem?</li> <li>• Como?</li> </ul>	<p>A enfermeira deve requisitar os exames laboratoriais conforme protocolo do HAS, mas percebe-se que quando faz o atendimento ao hipertenso cadastrado no SISHIPERDIA, a ação não é feita e o doente deve agendar uma consulta médica.</p> <p>Percebe-se que há necessidade de realizar visita domiciliar noturna pelos profissionais da Estratégia Saúde Familiar (ESF) e/ou dispensar medicamentos pela farmácia popular, seguindo o mesmo tempo de validade da receita de medicamentos prescritos pelos médicos da UBS.</p>	<p>O indivíduo convive com a hipertensão por um longo período e só vai descobrir mediante exames admissionais, ou numa consulta regular, ou mediante uma internação referente a algum problema não cardiovascular, ou comumente por um estresse que se apresenta no cotidiano de seu viver. Contudo, o início dessa enfermidade é silencioso e o indivíduo convive com ela sem saber que a qualquer momento explode a “bomba-relógio”, muitas vezes sem apresentar cefaleia, mal-estar, comprometimento de algum órgão-alvo. E só será diagnosticada como hipertensão mediante a aferição da pressão arterial, e confirmada por meio de exames de diagnóstico terapêutico cardiológicos.</p>

QUADRO 4 – MODELOS DE MEMORANDOS

FONTE: os Autores (2014)

Na segunda etapa, codificação focalizada, foram observados minuciosamente os códigos dos dados anteriores mais significativos e a redação preliminar dos memos. Assim, em cada nível da análise analítica indutiva, foram comparados indivíduos em situações parecidas, as respostas do mesmo indivíduo em ocasiões diferentes, dados com códigos, códigos com códigos, códigos com categorias e categorias com categorias. Além disso, também utilizaram os códigos iniciais mais frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar quantidades enormes de dados.

Essa fase de análise indutiva fez com que se retornasse para alguns participantes com a finalidade de observá-los e comparar suas experiências com outros participantes em situações semelhantes, o que clarificou alguns códigos já existentes, surgindo também novos códigos. Os códigos foram justapostos em um anterior, e isso alertou para que se observasse outro participante com maior tenacidade.

A codificação focalizada permitiu uma tomada de decisão acerca de quais códigos iniciais ofereceram uma compreensão analítica melhor, assim categorizam-se os dados de forma contundente e completa.

No QUADRO 5 é possível elucidar essa fase de codificação como modelo.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODIFICAÇÃO INICIAL	CODIFICAÇÃO FOCALIZADA
Entendendo o processo de adoecimento	Aceitando-se com HAS	<p><b>P5</b> Entendendo que o tratamento é o controle, se não causar outros problemas.</p> <p><b>P6</b> Entendendo o tratamento é cuidar para não ficar ruim.</p> <p><b>P7</b> Entendendo fazer tratamento é ingerir corretamente o medicamento, ter alimentação com menos sal e gordura, e comer mais verduras.</p> <p><b>P7</b> Entendendo fazer tratamento é cuidar da saúde, valorizar a vida, mediante cuidado com a ingestão diária de anti-hipertensivos, alimentação e exercícios físicos.</p> <p><b>P8</b> Entendendo o tratamento é uma atitude de responsabilidade do próprio hipertenso.</p> <p><b>P8</b> Entendendo o tratamento mediante medicamento, alimentação, chás e equilíbrio emocional.</p> <p><b>P9</b> Entendendo fazer tratamento é dar uma vida mais saudável e bem-estar.</p> <p><b>P10</b> Entendendo fazer tratamento é o cuidado com a saúde, tomar remédio, fazer exercícios, comer menos gordura e sal</p> <p><b>P10</b> Achando não haver diferença entre controle e tratamento</p> <p><b>P11</b> Entendendo fazer tratamento mediante o cuidado com a saúde.</p> <p><b>P11</b> Entendendo fazer tratamento mediante o medicamento, alimentação e exercício físico.</p> <p><b>P12</b> Entendendo o tratamento é o uso de medicamento.</p> <p><b>P13</b> Entendendo fazer o tratamento mediante o cuidar bem da saúde, viver bem.</p> <p><b>P14</b> Entendendo fazer tratamento é a medicação em dia, boa alimentação e balanceada, cortar o sal e frituras.</p> <p><b>P15</b> Entendendo o tratamento é cuidar-se, ingerir o medicamento, verificar a PA, fazer exercício e cuidar com a alimentação.</p> <p><b>P19</b> Entendendo tratamento mediante caminhada.</p> <p><b>P19</b> Entendendo tratamento mediante medicamento.</p> <p><b>P20</b> Entendendo tratamento o exercício físico.</p>	<p><b>Cuidado em saúde</b></p> <p><b>P6</b> Entendendo tratamento o cuidado em saúde.</p> <p><b>P7</b> Entendendo tratamento o cuidado em saúde e valorização da vida, mediante a ingestão diária e correta de anti-hipertensivo, alimentação à base de verduras com menos sal e gordura e fazer exercício físico.</p> <p><b>P8</b> Entendendo o tratamento a ingestão de medicamento, alimentação, chás e equilíbrio emocional com responsabilização do próprio hipertenso.</p> <p><b>P9</b> Entendendo tratamento o cuidado com uma vida mais saudável e um bem-estar.</p> <p><b>P10</b> Entendendo tratamento o cuidado em saúde.</p> <p><b>P11</b> Entendendo tratamento é o cuidado em saúde mediante ingestão de medicamento, alimentação e exercício físico.</p> <p><b>P13</b> Entendendo tratamento o cuidado em saúde e viver bem.</p> <p><b>P14</b> Entendendo o tratamento a ingestão de medicamento diariamente, alimentação balanceada, retirar o sal e fritura.</p> <p><b>P15</b> Entendendo tratamento é o cuidado com alimentação, ingestão de medicamento, medição da PA e exercício físico.</p> <p><b>P19</b> Entendendo tratamento é a ingestão de medicamento e fazer caminhada.</p> <p><b>Exercício físico</b></p> <p><b>P20</b> Entendendo tratamento o exercício físico.</p> <p><b>Monitorização da PA</b></p> <p><b>P5</b> Entendendo tratamento o controle da PA.</p> <p><b>Medicamento</b></p> <p><b>P12</b> Entendendo o tratamento a ingestão de medicamento.</p>

QUADRO 5 – MODELO DE CODIFICAÇÃO FOCALIZADA  
 FONTE: os Autores (2014)

A terceira etapa é a codificação axial. Nela os dados foram novamente agrupados e realizaram-se comparações constantes permitindo interconexões entre as categorias e subcategorias, promovendo-se uma compreensão conceitual. Essa etapa especifica as características de uma categoria, relaciona as categorias com as subcategorias e reagrupa os dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente. Nessa fase de codificação, à medida que se ia analisando, observou-se a estrutura e o processo que estavam sendo integrados.

Conforme Charmaz (2009), em conformidade com Strauss e Corbin (2008), esses questionamentos podem levar à manifestação das condições, estratégias e consequências do fenômeno em tela. Esses componentes são considerados modelo de paradigma que ajuda o pesquisador a explorar os seus dados e o incentiva a aplicar uma estrutura analítica aos dados. Assim, os três componentes básicos do paradigma são: 1) condições (causais, intervenientes e contextuais), circunstâncias ou situações, que determinam a estrutura dos fenômenos estudados; 2) estratégias, que são as respostas estratégicas a questões, eventos ou problemas; 3) consequências, efeitos das ações/interações, que são os resultados.

Sendo assim, as condições causais, intervenientes e contextuais se prestam a responder às questões do tipo: Por quê? Onde? De que forma? e as estratégias solucionam perguntas como: Quais estratégias são utilizadas para lidar como fenômeno? E as consequências respondem à pergunta: O que acontece como resultados? (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) sugerem que no mecanismo analítico seja utilizado o modelo paradigmático para o agrupamento das categorias. Pode-se observar a análise dos dados no QUADRO 6.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>COMPONENTES DO PARADIGMA</b>
Iniciando o processo de adoecimento	Condição causal
Permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento	Condição Interveniante
Entendendo o processo de adoecimento	Estratégia
Incorporando comportamentos para autogestão do processo de adoecimento	Estratégia
Sendo atendido no sistema de saúde	Condição contextual
Experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento	Consequência

QUADRO 6 – CATEGORIAS DO FENÔMENO “CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO”

FONTE: os Autores (2014)

O processo chega ao final quando nenhum dado acrescenta nuances ao processo de análise indutiva. Durante o processo de codificação axial, também foram realizados vários memorandos e diagramas.

Nesta pesquisa, surgiram centenas de códigos, sendo sete categorias – uma central, uma causal, uma interveniente, duas estratégias, uma contexto, uma consequência –, e 16 subcategorias.



O modelo de interconexão da categoria com as subcategorias e componentes pode ser observado no DIAGRAMA 3.

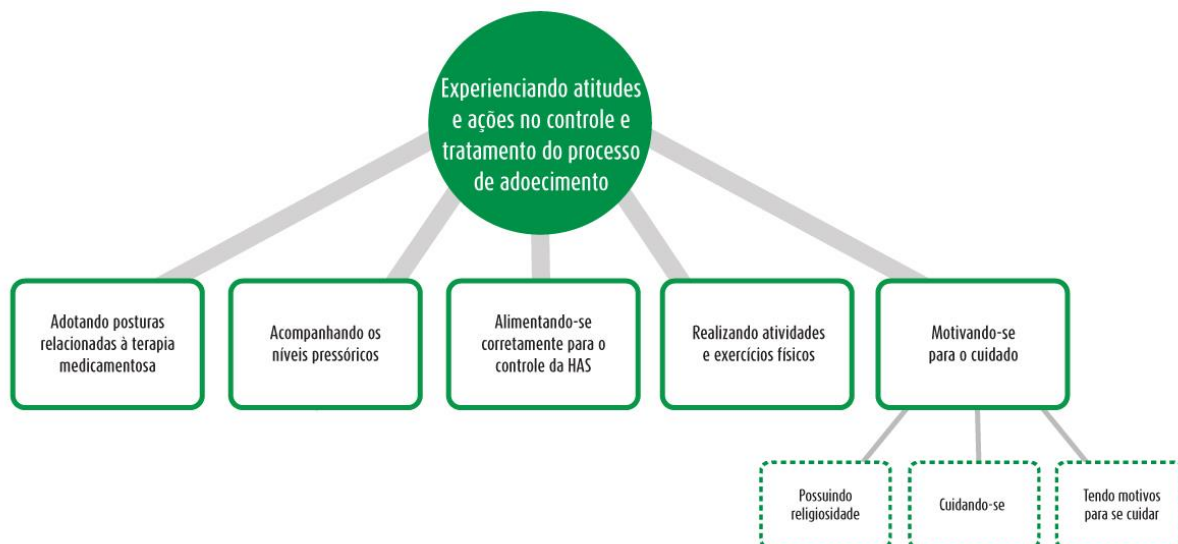


DIAGRAMA 3 – MODELO DE INTERCONEXÃO DA CATEGORIA COM SUBCATEGORIAS E COMPONENTES

FONTE: os Autores (2014)

Assim, após reunir novamente os dados dentro de um todo coerente e de elaborar uma compreensão analítica de todos os elementos, começa-se a vislumbrar a categoria central: Vivenciando a autogestão de cuidados em saúde do hipertenso e o fenômeno CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO.

#### 5.1.6 Respeitando os aspectos éticos

Foram respeitadas as normas exigidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS), e as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde acerca de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná CEP/SCS/UFPR, e aprovado sob o número do

parecer 61834. O procedimento foi realizado por meio da Plataforma Brasil *online*<sup>19</sup>. Também foi encaminhado para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e aprovado sob o número de protocolo 42/2012.

Foi solicitado ao participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 5), após receber informações dos objetivos e da metodologia do estudo, preservando-se o anonimato de suas respostas e respeitando o direito de não participar do estudo. Igualmente foi pedido o seu consentimento para gravação da entrevista, e posterior transcrição.

#### 5.1.7 Validação da teoria

Conforme Strauss e Corbin (2008), quando se menciona a validação, não está se pensando em testar no sentido quantitativo, mas em determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos; também, em definir se algo importante foi omitido do diagrama geral teórico.

Para essa etapa, por meio de exposição oral, foi apresentada para os avaliadores uma síntese da pesquisa em construção, incluindo questão norteadora, objetivos, tese defendida, categorias, subcategorias e componentes. Ainda, foi solicitado que avaliassem o diagrama geral teórico para ver se, de fato, o hipertenso consegue autogerir seus cuidados em saúde, se ele passa pelas fases explicitadas no diagrama final, e se as categorias se inserem, verdadeiramente, no modelo paradigmático como condições causais, intervenientes, estratégias, contextuais e consequências.

A validação da teoria substantiva foi realizada por 23 indivíduos, sendo dois participantes de pesquisa do 2º grupo amostral e um participante do 3º grupo amostral com especialização em Ciência do Esporte na Promoção à Saúde. Os demais eram participantes do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE): quatro doutores, um pós-doutoranda, sete doutorandas, três mestrandas e quatro acadêmicas de Iniciação Científica de enfermagem. Também, participou um com pós-doutorado do

---

<sup>19</sup> Endereço eletrônico: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

grupo de pesquisa Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA). Ambos os grupos de pesquisa são do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF/UFPR). Ressalta-se que os doutores e doutorandos fazem parte do grupo que desenvolvem pesquisa com a GT do NEPECHE.

A proposta da teoria foi aceita pelos avaliadores, sugerindo-se a substituição de algumas palavras nas subcategorias, por exemplo, reconhecendo por aceitando; desconhecendo o significado por alegando o desconhecimento; controlando por acompanhando. Também, eles recomendaram que no fenômeno construído Vivenciando potências para a autogestão de cuidados em saúde do hipertenso fosse suprimido o termo potências, assim ficou Vivenciando a autogestão de cuidados em saúde do hipertenso; e a condição interveniente deveria ficar próxima às condições causais e estratégias e não próximo às consequências.

Por último, a proposta da teoria foi aceita pelos participantes de pesquisa, conforme narrativa “[...] a gente sabe que o processo todo faz sentido [...] acontece isso na prática, eu tenho trabalhado há 18 anos com hipertensos e geralmente acontece isso [...]” (GA3; P38).

Outro participante hipertenso menciona

[...] é isso mesmo, é bem assim, o hipertenso tem consciência da gravidade, tem que se cuidar, se morrer, tudo bem, pior se dá um infarto ou derrame fica lá na cama e [alguém] vai invadir sua privacidade, vai dar banho, dar comida, isso como hipertensa não quero. A minha comida é bem temperada, sem sal e ninguém morre por isso, não gosto e não faço fritura, então na minha mesa não falta salada. Se eu tiver que ir lá longe, vou a pé, vou caminhando. Então, a gente tem que ser [responsável], eu não quero que ninguém me cuide, eu estou me cuidando. Isso aqui [fenômeno] é exatamente o que acontece, porque tem gente que não é consciente, se encosta, se faz de coitadinho, porque [a HAS] é uma doença comum, só que tem que se cuidar, porque senão morre ou fica torto [derrame]. (GA2, P26).

A construção da teoria substantiva CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO, bem como sua descrição da teoria está apresentada no capítulo 6 com maiores detalhamentos.

*Construção teórica que fazemos é apenas uma “pintura” – uma representação – interpretativa do fenômeno que nós investigamos, não é um “retrato fiel” dele*  
Kathy Charmaz, 2000; 2006.

## 6 APRESENTANDO OS DADOS

Neste capítulo são apresentados os dados que explicitam como o doente crônico experiencia a sua autogestão de cuidados em saúde, consoante ao referencial metodológico da GT Construtivista, resultando a teoria substantiva intitulada **CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO**. Nesse processo surge um tema central **Vivenciando autogestão de cuidados em saúde do hipertenso** e as seguintes categorias: *Iniciando o processo de adoecimento; Permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento, Entendendo o processo de adoecimento; Incorporando comportamentos para autogestão do processo de adoecimento; Sendo atendido no sistema de saúde; e, Experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento.*

As categorias e suas respectivas subcategorias são evidenciadas no QUADRO 7.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Iniciando o processo de adoecimento</b>  Condição Causal	Descobrimdo-se com HAS
	Necessitando de atendimento para os problemas de saúde
<b>Permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento</b>  Condição Interveniente	Desacreditando no processo de adoecimento
	Alegando o desconhecimento da hipertensão e colesterol no organismo
	Desmotivando-se a procurar ajuda de profissionais de saúde
<b>Entendendo o processo de adoecimento</b>  Estratégia	Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS
	Aceitando - se com HAS
<b>Incorporando comportamentos para autogestão do processo de adoecimento</b>  Estratégia	Despertando atitudes em saúde
	Apreendendo as informações da autogestão do processo de adoecimento
<b>Sendo atendido no sistema de saúde</b>  Contexto	Relacionando-se com os profissionais de saúde
	Percebendo necessidade de recursos para o cuidado do hipertenso
<b>Experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento</b>  Consequência	Motivando-se para o seu cuidado
	Realizando atividades e exercícios físicos
	Alimentando-se corretamente para o controle da HAS
	Acompanhando os níveis pressóricos
	Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa

QUADRO 7 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS  
FONTE: os Autores (2014)

Para melhor compreensão da experiência do processo de autogestão dos cuidados em saúde do hipertenso construído, a partir daqui apresento as categorias,

subcategorias e componentes emergidos. Ainda, alguns extratos das narrativas dos participantes.

## 6.1 INICIANDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO

Caracteriza-se como o surgimento da doença, que pode ser herdada genética ou hereditariamente e a consciência do seu estado de saúde, sendo a categoria considerada condição causal do fenômeno. Nessa categoria emergiram duas subcategorias, *Descobrimdo-se com a HAS* e *Necessitando de atendimento para os problemas de saúde*, apresentadas com seus respectivos componentes no DIAGRAMA 4.



DIAGRAMA 4—INICIANDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES

### 6.1.1 Descobrindo-se com a HAS

A subcategoria *Descobrindo-se com a HAS*, composta por dois componentes *Manifestando a HAS* e *Reagindo emocionalmente ao descobrir-se com HAS*.

O componente, *Manifestando a HAS*, expressa que a hipertensão é considerada uma enfermidade silenciosa, sem sintomas, já que o indivíduo (con)vive, sem ao menos desconfiar de tal evento. Assim, não sentir nada no corpo, aparentemente é um sinal de que vai tudo bem.

O indivíduo convive com a hipertensão por um longo período, só descobrindo mediante aferição eventual, exames admissionais, consulta regular, uma internação referente a algum problema não cardiovascular. Às vezes, o profissional de saúde realiza o acompanhamento do monitoramento da PA, por aproximadamente, uma semana, devido apresentar cefaleia e desconforto físico, pensando que é um mal-estar passageiro, mas fica diagnosticado que indivíduo é hipertenso.

Eu devia ter uns 45 [anos]. Ah! Eu não sentia nada, nada, nada, nada. Via a pressão e estava normal assim, sabe! [...] Mas, eu fui fazer uma consulta num médico, tiraram a minha pressão e ele disse: nossa! A senhora tem pressão alta, e daquele dia em diante, por aí mediram a pressão, ficou uma semana medindo a minha pressão, eles viram que eu era hipertensa. (GA1; P4).

Bom, a minha descoberta foi através deste problema de DPOC que fui internado e daí a pressão estava alta e até então não sabia. Isso tem uns quatro a cinco anos [...]. (GA1; P3).

Algumas participantes do estudo, às vezes manifestam a HAS no período gestacional, na menopausa ou por alterações emocionais. Quando a mulher faz o pré-natal, é o momento em que o obstetra faz um *check-up*, tanto para ela quanto para o bebê.

Veio através da minha gestação [hipertensão], na última gestação minha, eu tive problemas, eu saí totalmente fora do peso e a minha pressão subiu muito, eu não sei se é por causa do nervoso do dia a dia. (GA1; P14).



[...] eu sempre tive pressão baixa. Aí, quando eu tinha 47 anos, eu entrei na menopausa. Daí um dia eu acordei de manhã [...] dava a impressão que eu estava meio que pisando em nuvens, uma coisa meio estranha que eu nunca tinha sentido. Aí, pedi para o meu vizinho do lado se ele me levava até o posto [...] e quando eu cheguei ao posto eu já estava com uma pressão de 22 por 12. A minha pressão alta decorreu do meu emocional. Se eu passar por qualquer coisa que me desagrade, a minha pressão já sobe. [...] Então, por isso que eu acho que a minha pressão alta é decorrente do estresse que eu passei com a minha mãe. [...] junto com a pressão alta e a menopausa. (GA1; P9).

Neste componente *Manifestando a HAS*, percebe-se que é basilar o indivíduo procura realizar consulta clínica, a fim de iniciar o seu tratamento precocemente, visto que não apresenta sintomatologia, mas o enfermo percebe quando está com algum mal-estar físico e emocional. Assim, o diagnóstico da enfermidade é confirmado pelo clínico mediante exames cardiológicos de diagnóstico terapêutico e aferição da PA.

O histórico familiar com HAS indica que o indivíduo refere saber que seus familiares (pais, irmãos, tios), dentre outros parentes, apresentam PA elevada. Além dos pais apresentarem hipertensão, alguns tinham DM e DCV, derrame e trombose em membro inferior.

[...] a minha mãe ficou doente, ela teve cinco derrames, uma trombose na perna [...] mãe teve pressão alta, meu tio, irmão dela tem pressão alta, a outra minha tia tem pressão alta. Todas as irmãs e irmãos da minha mãe tiveram pressão alta. [...] Então, eu achei que no decorrer da minha vida eu também poderia ter pressão alta, porque era genético. E a gente herda as coisas dos pais, não é verdade? Então, por isso que eu nunca tive muita esperança [de não ser hipertensa]. (GA1; P9).

Existe o reconhecimento que a PA elevada tem herança genética e hereditária, isso faz com que o indivíduo fique alerta, para o primeiro sinal ou sintoma de mal-estar e comorbidade.

No componente, *Reagindo emocionalmente ao descobrir-se com HAS* o hipertenso mostra-se com preocupação, susto, tristeza, medo, mau humor e depressão, visto que fica muito fragilizado nas múltiplas facetas de seu viver, tendo momentos de alegria, frustrações, raiva e outros sentimentos, pois está num processo inicial de experienciar a doença.

Quando o hipertenso refere estar com preocupação, é no sentido de estar receoso e pensativo ao receber a informação do médico de que está com

hipertensão. Assim, torna-se preocupado com a doença em si e as complicações que possa ocasionar. Igualmente, o indivíduo com HAS fica alarmado com as alterações dos valores pressóricos, conseqüentemente, deve aferir a PA e ter cuidados com alimentação com pouco sal e gordura.

Do mesmo modo, alguns hipertensos ficam pensativos com relação à comorbidade associada à hipertensão, às vezes confundem com os sinais e sintomas da DM, pensando que estão com PA elevada. Por fim, o indivíduo fica nervoso ao descobrir que está com a doença, praticamente assume a responsabilidade pelo evento, pois foi ele o responsável pelo adoecimento ter chegado a tal ponto.

Ah! O primeiro dia que me disseram que eu tinha pressão alta, eu pensei assim: meu Deus do céu e agora? Eu fiquei preocupada, porque eu cheguei a um ponto no caso que a responsável fui eu mesma [...], eu cheguei a ficar com pressão alta é porque a responsabilidade foi minha mesmo. [...] quando eu estou nervosa ela sobe [...]. (GA1; P14).

O hipertenso quando menciona “estar assustado”, expressa o medo no início da descoberta da doença e do aparecimento de comorbidade, sentindo-se limitado ao processo de adoecimento e condicionado ao anti-hipertensivo para toda vida.

[...] mas no começo me assustou bastante, porque assim, eu sempre trabalhei, sempre fui muito independente. E daí de repente a médica chegou para mim e falou: você é hipertensa, agora tem que tomar remédio, para o resto da vida e não sei o que, então, isso me assustou um pouco. [...] me senti meio que limitada. [...] assim, eu só tomava remédio, nessa época, minha atividade física era trabalhar em dois empregos. (GA2; P17).

A subcategoria *Descobrendo-se com a HAS*, aponta que, apesar do indivíduo conviver com a hipertensão, somente consegue descobrir tal enfermidade quando surge um mal-estar físico e emocional. Desta forma, ele se obriga a procurar um profissional para consulta clínica e a se concentrar no seu tratamento.

### 6.1.2 Necessitando de atendimento para os problemas de saúde

A subcategoria, *Necessitando de atendimento para os problemas de saúde*, demonstra que o hipertenso procura atendimento no sistema de saúde público ou através de seu plano de saúde para solucionar emergências hipertensivas e outras situações clínicas.

A primeira consulta clínica no sistema público é com o médico da clínica geral e, dependendo das condições de saúde em que o doente se encontra, o médico faz os devidos encaminhamentos. Caso o profissional não se encontre na UBS, a enfermeira encaminha o hipertenso para a unidade de atendimento 24 horas do Distrito Sanitário de Saúde da sua territorialização respectiva, não deixando o indivíduo ficar sem atendimento médico.

Nessa consulta clínica inicial, é fundamental que haja recomendações sobre ações proativas a serem desenvolvidas pelo indivíduo que está manifestando a HAS.

[...] na época era um clínico geral. Expliquei o caso, como que eu estava me sentindo, ele me deu um diagnóstico [...] através desse médico consegui um neurologista. [...] clínico geral, ginecologista [consulta], aqui [UBS] só tem o atendimento que elas [enfermeiras] fazem ali, só [SISHIPERDIA]. (GA1; P14).

Eu procurei sempre ajuda com os médicos [...] outros profissionais, com enfermeiro [...]. (GA1; P8).

O hipertenso, quando não está bem, busca atendimento na Unidade 24 horas ou hospital geral, cuja finalidade é sanar sintomas prejudiciais ao seu organismo. Esse atendimento pode ter duração de horas ou dias de permanência nas instituições de saúde. Nessas instituições de saúde o indivíduo fica internado para tratamento devido à crise hipertensiva, infarto e outras doenças, também para realizar exames de diagnóstico como cateterismo cardíaco.

A pressão já chegou no 24 horas [Unidade 24 horas] até, uma vez, 19x17, me levaram para o fundo e me deram uma injeção aqui na veia [mostrou o braço esquerdo] e me deram remédios debaixo da língua. Fiquei 2 horas lá na cama deitado no 24 horas, daí mandaram para casa [...]. (GA1; P2).

[...] eu tinha problema no coração, veias entupidas no coração, fiquei praticamente três dias no hospital. Há 10 dias, no hospital não tinham descoberto, eu já estava com pneumonia. [...] tive que ser internado de imediato. (GA1; P3).

[...] um dia que eu passei mal, que levaram [Unidade 24 horas], mas eu não senti nada, o médico falou que estava alta [PA]. [...] só quando eu passo mal, eu não sou muito de ir ao médico. (GA2; P27).

Caso o doente necessite de especialidade, terá que aguardar o agendamento em clínicas conveniadas pela prefeitura, ou ficar na fila de espera de especialidade. Também, dependendo da estratificação de risco, o hipertenso é encaminhado à UBS para consultar com os médicos, enfermeiras e outros profissionais. Existe hipertenso que tem atendimento público-privado, quando não consegue a consulta no sistema público, procura o médico do plano de saúde privado.

[...] eu tenho um médico de coração, uma endocrinologista, o homeopata. Então, tem vez que vou meio seguido assim, um mês eu vou em [cada] um. [...] assim, aí eu tomava um monte de medicamento, não adiantava [...] peguei a lista do convênio, coloquei e liguei [...]. (GA2; P18).

O clínico, só que agora estou indo em outras especialidades. Eu estou indo no Cardio, estou na fila de espera. [...] Mas eu já fui ao Gastro. No endócrino que ele pediu para fazer exame [...]. Oftalmo, já fui também. Ah! No ginecologista, vou sempre [...]. (GA2; P19).

Em *Necessitando de atendimento para os problemas de saúde*, os doentes conseguem buscar ajuda dos profissionais de saúde nos diferentes espaços de saúde, seja no setor público ou privado, para sanar o mal-estar físico emergencial. Os profissionais de saúde fazem o primeiro atendimento e os devidos encaminhamentos do hipertenso, para que seja realizado o acompanhamento no SISHIPERDIA.

A categoria Iniciando o processo de adoecimento assinala que o hipertenso convive com a doença sem perceber até que a descubra, quando faz aferição da PA, atendimento médico regular ou apresente um mal-estar físico emergencial.

## 6.2 PERMANECENDO PASSIVO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ADOECIMENTO

Alguns participantes da pesquisa persistem em conservarem-se indiferentes a situação de adoecimento vivida, assim esta categoria representa a condição interveniente do fenômeno CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO. Dessa categoria, emergiram três subcategorias: *Desacreditando no processo de adoecimento; Alegando o desconhecimento da hipertensão e colesterol no organismo; Desmotivando-se a procurar ajuda de profissionais de saúde.*

Observa-se categoria e subcategorias no DIAGRAMA 5.

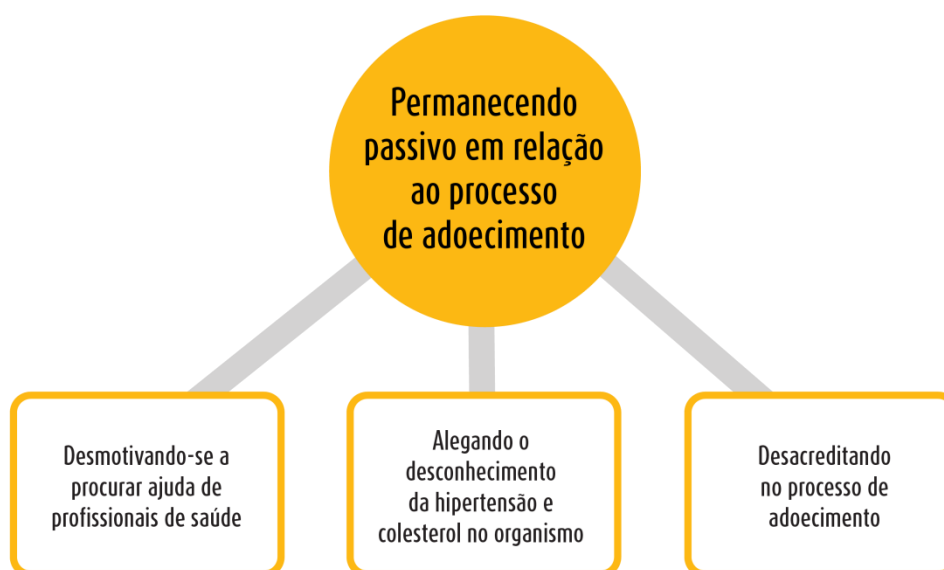


DIAGRAMA 5 – PERMANECENDO PASSIVO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ADOECIMENTO E SUBCATEGORIAS

FONTE: os Autores (2014)

### 6.2.1 Desacreditando no processo de adoecimento

Na subcategoria, *Desacreditando no processo de adoecimento*, o hipertenso alegava que era um mal passageiro e não dava importância para tal evento, pois a hipertensão, normalmente, não apresenta sinais e sintomas característicos. Apesar de o hipertenso receber a estratificação de risco não dá a devida atenção para o seu processo de adoecimento, pois jamais acredita que pode ter a doença.

Eu pensei que não podia ser [hipertensa], porque a minha pressão sempre foi normal, sempre foi 12 por 8, sempre! Nunquinha alterou [...]. (GA1; P6).

[...] eu não sinto nada, eu não sei, porque não me dá sintoma nenhum. (GA1; P13).

Os profissionais de saúde desta pesquisa, quando investigados a respeito de por que o hipertenso não acredita no seu processo de adoecimento, enumeram vários fatores relacionados à doença em si, ao perfil do indivíduo e às influências que o indivíduo poderia ter sofrido. Logo, em relação à doença, eles observam a falta de autoestima, não responsabilização e priorização ao tratamento, não conscientização e desconhecimento da doença e descrença no medicamento anti-hipertensivo.

[...] é por falta de se responsabilizar pela própria saúde e perceber o papel dele na sua saúde, não é só ir ao médico, ter prescrição de remédio. [...] para outros, eu acho que tem gente que tem medo de usar o remédio direto e intoxicar, eles acham ruim ter que usar para o resto da vida [...]. (GA3; P31).

[...] fatores fisiológicos e os fatores particulares de cada um. Às vezes, a pessoa está preocupada com outras coisas, não dando importância para sua doença, não quer se cuidar, não faz uma dieta. [...] eu acho que são dois fatores: não aceitar e não compreender. E tem outro fator que o paciente tem tantos problemas que não consegue focar na situação dele, sabe? (GA3; P33).

Igualmente, em relação ao perfil do indivíduo, os profissionais apontam que o indivíduo é displicente, despreocupado, desmotivado, teimoso, estressado, desanimado, descuidado e desinteressado com a saúde.

[...] o comportamento dela, normalmente, é de uma pessoa mais displicente, que não dá tanta importância. [...] quando a pessoa é muito atarefada, ela acha que não precisa vir aqui [UBS] [...]. (GA3; P32).

[...] eu acho que muitas vezes é falta de motivação, assim ah! Não tem ninguém por mim mesmo, ninguém se importa comigo [...]. (GA3; P30).

[...] tem também os teimosos que não aceitam a doença, não querem se tratar [...]. (GA3; P33).

[...] ele é estressado por natureza, ele não consegue se liberar desse estresse, então fica mais difícil de fazer o que deve. (GA3; P34).

Ainda, o profissional de saúde assinala que o hipertenso é influenciado pela sua cultura, ou seja, quem manda é o homem, pois pode proibir sua esposa com pressão arterial oscilante de frequentar um grupo estruturado de ambos os sexos de exercícios físicos.

[...] tem muito de pessoas que convivem com ela [Hipertensão], principalmente, do lado feminino, tem marido que não gosta que vá lá [atividade física]. Se o marido for lá e ver que tem homem, já não deixa a mulher ir, então tem tudo isso, sabe! [...]. (GA3; P38).

A subcategoria, *Desacreditando no processo de adoecimento*, o hipertenso fica sem interesse de se cuidar, alegando falta de tempo e correria do dia a dia, pois prioriza o trabalho. Ainda, não acredita na sua doença, não quer se tratar e, é influenciado pelo ambiente cultural.

#### 6.2.2 Alegando o desconhecimento da hipertensão e colesterol no organismo

A subcategoria, *Alegando o desconhecimento da hipertensão e colesterol no organismo*, revela que o hipertenso desconsidera o processo de adoecimento, pois desconhece a doença, no entanto reconhece os fatores de risco e as complicações. Ainda, consegue saber a respeito da existência do colesterol bom e ruim, mas não compreende o que ele pode causar no organismo.

[...] o sangue não passa direito e [...] dá um derrame, AVC, tudo mais que falam. [...] até ia perguntar para enfermeira, o que o colesterol faz na gente, o que ele provoca? [...] porque a gente sabe que tem esse colesterol ruim e bom, mas não sabe o que ele provoca. (GA1; P12).

Outra situação que o hipertenso não consegue compreender: o que é hipertensão e colesterol, observado na narrativa: “Olha! Vou ser bem sincera, eu não sei. [...] para falar a verdade, eu não sei” (GA1; P13).

As narrativas dos profissionais de saúde corroboram com as narrativas do hipertenso, quando mencionam o desconhecimento de hipertensão, pois na abordagem eles percebem que o indivíduo considera a hipertensão como uma doença aguda, que ao sentir um mal-estar – algia - ingere o medicamento e que o evento vai passar, ele nem percebe que algia é devido à PA elevada.

Ainda, o indivíduo não sabe diferenciar sintomas de cefaleia propriamente dita com o da cefaleia por hipertensão, fatores de risco associados, nome do medicamento anti-hipertensivo e não faz controle e tratamento para a doença.

[...] eu tinha dor de cabeça sentia algumas coisas, mas eu não sabia que era da pressão alta [...]. (GA1; P7).

[...] quando decidi emagrecer, eu descobri que tinha diabetes, de repente descobri [HAS] e estava com problema de imunidade baixa. [...]. (GA2; P16).

Geralmente, quando chega o paciente eu pergunto: você é hipertenso? Ele fala: não, eu não sou hipertenso, daí eu falo: você toma remédio para pressão? Ah! Eu tomo. Então, têm muito disso, eles tendem a acreditar que à medida que tomam o remédio, não são mais hipertensos, tudo bem, está controlado, mas eles são hipertensos [...]. (GA3; P37).

De uma maneira não sabem, [...] ele sabe que o coração está sobrecarregado e tal, mas não sabe de fato o que seria essa pressão. É uma pressão da onde? Por quê? [...] eu percebo que eles tratam a hipertensão como uma doença aguda, como a hipertensão só tem aqueles picos de pressão [...] como uma pressão arterial é assintomática e a pessoa não vai ter um infarto agora [...] eles consideram que a qualquer momento conseguem resolver o problema. (GA3; P31).

### 6.2.3 Desmotivando-se a procurar ajuda de profissionais de saúde

Na subcategoria, *Desmotivando-se a procurar ajuda de profissionais de saúde*, o indivíduo, devido à falta de tempo e por priorizar o trabalho, a correria do



dia a dia, não comparece às consultas, principalmente, com o especialista, devido à dificuldade e morosidade no agendamento. Também, ele pensa que o medicamento anti-hipertensivo é prejudicial à saúde, pois não retorna ao seu médico para que ele faça as devidas adequações, quanto à dosagem ou, eventualmente, substituir o anti-hipertensivo. Por último, o indivíduo idealiza nunca ser hipertenso.

[...] agora está meio abandonado o cardiologista [...] cardiologista eu perdi porque era lá nas Mercês, daí mudou para o CIC, você ligue para gente marcar. [...] o que acontece, eu vou empurrando [marcar consulta], eu vou tal dia, [...] ah! Não sei lhe dizer, por causa da correria [...] como estava recomeçando a minha vida, não tinha tempo de vir no posto [...]. (GA1; P1).

[...] eu não procurei [consultar] porque eu achava que não ia ter pressão alta. (GA1; P11).

[...] os comprimidos que ela [médica] me deu era para o coração, cada vez que eu tomava, piorava. Aí, deixei de tomar. (GA1; P3).

Eu não quero mais tomar remédio, eu não quero mais tomar remédio não aguento mais. Eu fui agora e está me dando muita amargura na boca, eu acho que são os remédios. [...] eu já pensei, sabe! Eu já parei assim, mais ou menos uns dois meses. (GA1; P5).

Também, existe hipertenso que não conhece outros grupos estruturados de exercício físico tipo flexibilidade e, mesmo que soubesse, não conseguiria participar devido à questão financeira para pagamento de transporte. Embora, participe de exercício físico aeróbico, pois fica próximo ao domicílio deste hipertenso.

[...] aonde? [alongamento para coluna] mas no momento eu estou desempregada, não estou recebendo do INSS [...] o marido também está desempregado, faz alguns bicos [...] daí não tem mais dinheiro para passagem. (GA2; P28).

Por outro lado, quando o hipertenso procura o atendimento, não pergunta o nome da equipe de saúde, contudo para manter um diálogo entre o doente e os profissionais de saúde é importante que esses últimos se apresentem como tal, assim quando o indivíduo precisar de ajuda saberá a quem recorrer.

Enfermeira não, fisioterapeuta não, psicóloga também não. [...] nunca perguntei [nome dos profissionais]. (GA1; P11).

[...] Não [não pergunta o nome], eu vejo todos os nomes pela receita. (GA1; P13).

O profissional de saúde desta pesquisa percebe que o indivíduo, ao receber o diagnóstico de hipertensão, deve ser informado pelo médico do uso do medicamento anti-hipertensivo de que é ininterrupto o seu uso e de outros cuidados relacionados aos fatores de risco. Desta forma, para que o hipertenso consiga captar as informações e colocá-las em prática, por meio da autogestão dos cuidados em saúde, deve cada membro da equipe de saúde manter coerência ao aconselhar o doente.

Eu acho que para o paciente é muito importante à abordagem, precisa melhorar muito. [...] muitas vezes o paciente vem ao médico, faz exames, recebe o diagnóstico, o médico passa os remédios e não explica para ele exatamente, o que é? que o tratamento agora tem que fazer, ter metas, precisa diminuir o peso, fazer atividade física e uma dieta. Depois, nas outras abordagens, cobrar essas metas. [...] eu acho que falta isso para ele saber que ele tem uma meta [...] eu acho que fica muito solto o diagnóstico, por isso que ele não sabe [...]. (GA3; P33).

Ainda, quando pesquisado o profissional de saúde, este relata que a desmotivação do hipertenso em procurar atendimento para o estado de saúde é devido à ocupação profissional; falta priorizar a si próprio, a saúde e adesão ao medicamento; apresenta falta de autoestima; desconhece a doença e situação financeira e cultural deficitária. Também não gosta de ser tratado como doente. Enfim, existe falta de informações da doença e das consequências.

[...] às vezes a pessoa não está nem aí. [...] esse pensamento mágico de que nunca vai acontecer com ele. Tem aqueles que por algum motivo, às vezes por falta de dinheiro, não tem como comprar aquilo que você orientou de alimentação. E tem a questão cultural mesmo, muitos querem o especialista, o cardiologista. (GA3; P37).

[...] não gostam de serem tratados como doentes, [...] eles não querem assumir, não querem tomar medicamento [...]. (GA3; P35).

É! Acho que a pessoa deixa meio de lado, que não acontece nada, não sabe direito quais os riscos e por isso ela não se importa tanto, os riscos são só longo prazo. (GA3; P31).

Nesta subcategoria, *Desmotivando-se a procurar ajuda de profissionais de saúde*, quando o indivíduo necessita de atendimento especializado, ele tem dificuldade em agendar na UBS. Ainda, às vezes, não adere ao anti-hipertensivo alegando desconforto físico. Quando indicado exercício físico, alguns hipertensos, não tem condição financeira para se deslocar até o local das atividades

recomendadas. Em relação a ignorar os profissionais de saúde, o indivíduo está tão fragilizado emocionalmente, devido ao seu estado de saúde debilitado, que não pergunta qual é o nome dos profissionais de saúde que o cuidam, porém outros hipertensos percebem no receituário médico com o decorrer do tempo.

Nesta categoria **Permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento**, observa-se que o hipertenso alega desconhecer o que é a doença, seus sinais e sintomas, do mesmo modo têm justificativas para a manutenção de atitudes prejudiciais ao seu processo de adoecimento.

### 6.3 ENTENDENDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO

Descreve como é a percepção do hipertenso da sintomatologia, o reconhecimento do seu processo de adoecimento e evidencia uma das estratégias que o indivíduo utiliza para vivenciar a autogestão dos cuidados em saúde, bem como para incorporar comportamentos para autogestão do processo de adoecimento da HAS. Desta forma, foram encontradas duas subcategorias: *Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS* e *Aceitando - se com HAS*.

Evidencia-se categoria, subcategorias e componentes no DIAGRAMA 6.



DIAGRAMA 6 - ENTENDENDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES

FONTE: os Autores (2014)

### 6.3.1 Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS

Nesta subcategoria, *Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS*, o hipertenso, além de distinguir alguma sintomatologia da PA elevada, começa a fazer conjecturas sobre fatos que podem estar relacionados à HAS e fica atento para os fatores que contribuem para o aumento da PA. Também existem algumas limitações acerca da doença, por exemplo, apresentou fadiga e dispneia ao esforço físico mínimo.

O hipertenso aponta as dúvidas relacionadas às limitações, às causas da hipertensão, ao tratamento medicamentoso, consequentemente, causando uma série de alterações no organismo, inclusive à morte que o indivíduo possa ter.

Existem alguns hipertensos que refletem as causas da sua doença como concebidas devido à agitação, idade e da presença de colesterol no organismo. Outros relacionam aos estilos de vida não saudáveis e até com as condições climáticas. O indivíduo vive em uma sociedade complexa e agitada, às vezes não percebe que tem um agravamento de saúde e quando passa por um estresse significativo

pode desencadear uma crise hipertensiva deixando-o confuso e sem saber o que está acontecendo, idealizando que isso é passageiro.

Eu não sei se é uma doença ou se não é, porque eu não considero uma doença, porque se fosse uma doença, ficaria dentro de casa [...]. Olha, na verdade, todo mundo fala que é uma doença, mas ela não te limita muito. Oh! Eu acho assim, que de todas as doenças é a que menos te prejudica, não sei, eu penso que é isso, sei lá..., tem gente que pode pensar diferente, pensar que o hipertenso já vai morrer. Então, se você tem criança hipertensa, jovem hipertenso, hoje em dia tem um monte de gente hipertensa, não é mais uma doença de velhos que nem antigamente [...]. (GA1; P9).

[...] tem dias que nem na 3ª passada, minha pressão estava alta [...]. Correria do dia que deixa a gente assim. [...] quando eu me assentei foi o que o medico disse, foi que coisa desabou [HAS] aos 47 anos [...] eu acho que a minha pressão alta é decorrente do estresse, que passei com a minha mãe [doente]. [...]. (GA1; P1).

[...] às vezes eu sinto dor na nuca, mas eu já sei que ela [HAS] está lá em cima, mesmo quando eu tomei o remédio de manhã, porque eu tomo [...] sinto cansaço e dor na nuca. (GA2; P21).

Outra situação ressaltada é que o indivíduo tem um desconhecimento das complicações que a HAS possa ocasionar, como percebida na narrativa<sup>20</sup> “[...] Hum! Eu pensei que [a causa] do infarto era outro, não dava por causa da pressão (GA1; P6)”.

Um dos acontecimentos fundamentais é que o hipertenso aceite “ser hipertenso”, conforme mencionado por um dos profissionais de saúde pesquisados, “eu acho que ele precisa saber que ele é hipertenso, porque tem paciente que toma medicamento, mas não se vê ou não aceita que é hipertenso, que hipertensão não tem cura e sim controle (GA3; P32)”.

Os hipertensos pesquisados reconhecem quando a PA está elevada mediante alguns sinais e sintomas como cefaleia, mal-estar, cansaço, tontura, enjoo, taquicardia, dispneia, rubor facial, edema em membros inferiores, estresse, esquecimento e dificuldade em prestar atenção. A sintomatologia se apresenta para várias doenças, sendo uma delas a hipertensão, às vezes, aliada a complicações. Os hipertensos mencionam que a dor na nuca é irradiada para a cabeça ou permanece na própria região cervical, causando um mal-estar físico e emocional.

<sup>20</sup> Observa-se que Charmaz utiliza “narrativa” quando se refere às falas dos participantes, pode ser evidenciada na referência: Charmaz, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed. 2009. p. 170.

Eu sentia a pressão alta, preguiça, “coisarada”, dor de cabeça eu tinha um monte também, mas depois que eu comecei a tomar o remédio, parou [...]. Eu vejo que meu coração disparou um pouco. (GA1; P10).

Ah! Eu sinto quando ela está bem alta, que vai lá para 17 mais ou menos, eu sinto enjoo, começa a dar enjoo, pode medir que está alta. (GA2; P16).

Existe alteração da PA por fatores externos, considerados os mais variados e imagináveis possíveis, tais como problemas conjugais, sobrecarga na família e no trabalho, as discussões, as preocupações cotidianas e a inexistência de prevenção de hábitos de vida na fase da infância e adolescência, principalmente, em relação alimentação, mesmo que seja divulgado pelos meios televisivos, o indivíduo naquela fase não se interessa em saber ou entender as ações.

[...] Estava com problema no casamento, tive que me separar a minha pressão alterou mais ainda. [...] Nesses dias subiu a minha pressão, porque é o meu menino, fui chamada na escola, para ver o negócio, uma criança que nunca me deu trabalho e agora por problema de pensão de pai, a criança fica com problema. Só que eu estou segurando tudo isso. Foi por isso que subiu a minha pressão. [...] estou com problema, a minha pressão começou a subir de volta. [...] Eu sentia muito nervosa com as crianças pequenas que atendia, elas começavam a me irritar, sabe! (GA1; P1).

[...] a gente não se cuidava quando era mais novo [...]. A gente veio começar a entender melhor de um tempo para cá, porque antes a gente não ficava sabendo, não ligava para essas coisas. Talvez até falassem na televisão, no rádio sobre as doenças, mas a gente não prestava nem atenção. Acho que isso aí também é falta de saber, falta de entendimento. (GA2; P16).

Nesta subcategoria, *Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS*, fica evidente que os hipertensos apresentam uma sintomatologia que os confundem, às vezes, com eventos passageiros, devido a presumir vários acontecimentos ou causas que a hipertensão pode ocasionar a ele. Apesar de o hipertenso realizar conjecturas acerca de fatos que relacionam com a HAS, ele reconhece que existem fatores externos que contribuem para o aumento da sua PA.

### 6.3.2 Aceitando-se com HAS

Na subcategoria, *Aceitando-se com HAS*, o hipertenso mostra maiores esclarecimentos sobre sua doença, no sentido de manifestar consciência acerca da sua autogestão de cuidados e procura incluir conhecimentos que facilitem o desenvolvimento de sua saúde. A subcategoria a ser descrita é composta por cinco componentes: *Sabendo o significado da HAS; Conhecendo as complicações da HAS; Realizando exames diagnósticos terapêuticos e laboratoriais e/ou procedimento cirúrgico; Tornando-se consciente do processo de adoecimento e Percebendo a concretização do tratamento e controle da HAS.*

No componente, *Sabendo o significado da HAS*, o hipertenso entende que é uma doença e se manifesta silenciosamente. Ainda, existe o indivíduo que além de mencionar ser uma doença também transcende o corpo físico.

Quando o indivíduo explica que a doença ocorre em decorrência do colesterol elevado, comprometendo os vasos sanguíneos, e pode apresentar complicações, desta forma, a doença não tem cura e deve ser tratada por toda a vida.

A hipertensão para mim é um quadro que foge à normalidade do seu organismo estar funcionando bem. Algo que faz a pressão subir, alterar, mudar de frequência, é porque existe algo no corpo que não está bem, algo está enfermo. [...] às vezes, por exemplo, ela pode ser devido a algo seja da própria matéria física, mas muitas vezes é até no sentido espiritual [...]. E isso precisa de um tratamento, seja ele através da carne ou através até mesmo do sentimental. [...] sim [silenciosa], tanto que eu estava dormindo, descansando. Eu não estava fazendo nenhum trabalho forçado, não estava cansando a minha cabeça, eu estava descansando, dormindo e acordei com a pressão muito alta. (GA1; P8).

[...] a hipertensão é uma doença silenciosa. Você não percebe e quando percebe já [está com a HAS]. (GA2; P15).

Ao investigar o profissional de saúde a respeito “se o hipertenso percebe o processo de adoecimento, principalmente quanto à doença em si e hábitos de vida”, o profissional assinala que o hipertenso que recebeu informação e a processa, aprende como lidar com seu bem estar físico e mental. Todavia, depende de crenças e valores que cada indivíduo possui na trilha de sua vivência.

Sabe, a gente tenta passar para eles de uma forma muito clara. [...] porque a gente explica para eles [...] Nossa, porque para mim parece que o hipertenso já vem pronto, sabe! Tem aquele que já fala: eu tenho médico hoje e o médico falou que eu estava hipertenso, então eu vou ter que mudar isso, parar de comer isso e aquilo. Então, ele já chega todo compenetrado [...] eu vou me cuidar [...]. (GA3; P30).

O componente, *Conhecendo as complicações da HAS*, o hipertenso percebe os aspectos a respeito dos acontecimentos e complicações que a hipertensão proporciona. Depois de diagnosticada e confirmada, é fundamental que se mantenha em alerta contínuo, para evitar as complicações ou alguma manifestação de irregularidade em seu organismo.

O hipertenso sabe que se não se cuidar pode ter complicações, como AVE e até infarto agudo do miocárdio que podem incapacitá-lo, condená-lo e até levá-lo a uma depressão e à morte. Ele sente uma ruptura brusca de seu dia a dia, perde seu referencial de vida.

Por outro lado, o indivíduo pode ter um mal súbito sem ao menos terminar seu projeto de vida. O indivíduo com PA elevada que não teve a possibilidade de exercer um controle rigoroso da sua doença durante todo o percurso, conseqüentemente, tem uma morte às vezes prematura.

Eu acredito que você possa até vacilar em algumas coisas, sabe. Mas, que o relaxamento não é uma justificativa, é mais uma desculpa. [...] Ah! Com certeza eu vou enfrentar consequências ruins. Eu acredito que a pressão vai ficar alta mesmo, outras funções do organismo vão sofrer, vou sentir dores de cabeça muito fortes. Então, eu já me preocupo com isso bem antes de acontecer. [...] eu acredito que ela vai levar à morte mesmo, porque você sente uma tontura, uma dor de cabeça, um mal-estar muito forte mesmo. (GA1; P8).

[...] pode dar problema no coração, derrame cerebral. (GA2; P15).

[...] dar um AVC, alguma coisa mais, então a gente tem que se cuidar. (GA2; P24).

Os profissionais de saúde quando pesquisados, citam que o hipertenso que controla sua doença, consegue prevenir as complicações, apresentando menos riscos de mortalidade e morbidade, conseqüentemente, tem uma qualidade de vida melhor durante o processo de adoecimento. De tal modo, qualquer descuido provoca danos aos órgãos-alvo e pode afetar o estado emocional do indivíduo.



[...] o fato de ele estar se medicando corretamente, está prevenindo danos cardíacos, vasculares, danos no cérebro, enfim, danos que a hipertensão pode estar determinando, isso é uma situação [...]. (GA3; P34).

[...] tem toda aquela questão psicológica que a pessoa com a pressão controlada tem menor risco de ter um AVC, de ter um derrame, de ter problemas renais, mas a gente reduz muito os riscos. (GA3; P35).

No componente, *Realizando exames diagnósticos terapêuticos e laboratoriais e/ou procedimento cirúrgico*, o hipertenso expressa que para ter a confirmação de diagnóstico de doença, o profissional de saúde solicita vários exames de diagnóstico terapêutico e de análises laboratoriais e, dependendo dos resultados, para as DCV, ainda solicita outros exames para investigação de comorbidade.

Também encaminha o hipertenso para a equipe de enfermagem do SISHIPERDIA da UBS para que monitore a PA durante uma semana. Caso a PA se mantenha 140 mmHg/90 mmHg, os profissionais de enfermagem o reencaminha para a consulta médica e, posteriormente, para ser cadastrado no programa, isso dependendo da estratificação do risco individual recebido.

A mulher além de realizar os exames cardiológicos, faz também os procedimentos inerentes à saúde da mulher. Logo, os homens anualmente, fazem os exames relacionados à saúde do trabalhador na própria empresa ou clínica conveniada.

Eu me senti mal assim, daí fui lá ao postinho da [região] ali, e daí eles viram [PA] que estava alta e ficaram fazendo aquele exame de três dias. Aí não baixou e eu entrei no programa [SISHIPERDIA]. [...] Eu faço mamografia uma vez por ano, que o médico manda [...]. (GA1; P12).

[...] fiz vários exames *ecodoppler* mais tudo acompanhado, anualmente, mas por uns tempos eu parei. [...] comecei a controlar triglicérideo [...]. (GA2; P19).

[...] fiz eletro já várias vezes. (GA2; P23).

Ainda, existe aquele hipertenso comprometido com a sua saúde, assim faz o *check-up* anualmente de análise laboratorial no próprio laboratório da UBS ou laboratório conveniado e exames diagnósticos terapêuticos em clínica conveniada com a UBS. Caso não consiga realizá-los, o hipertenso acaba efetuando o

pagamento dos exames. Essa atitude do indivíduo hipertenso corrobora com a narrativa do profissional de saúde que atua no NASF.

[...] quantos o ano passado fizeram aqui [UBS] um eletrocardiograma? Eu falo brincando com eles: Pessoal! Se tiver enfermeiro no grupo já faz agendamento de preventivo, é muito legal, já sai do grupo dos exercícios com exame marcado, *check-up*. (GA3; P35).

Eu faço duas vezes por ano um *check-up*. Eu fiz o ano passado um eletrocardiograma, mamografia, Papanicolau e hemograma completo. Tudo aqui no posto [...] eu venho, faço exames, quando dá para medir o colesterol eu meço direitinho. Porque quando você trabalha fora, sabe que é meio complicado, porque a gente come muito fora, agora eu como fora mais ainda tomo bastante cuidado. [...] coloquei aquele aparelhinho e fiquei uma semana controlando. Eu fiz para comprovar que realmente eu já era uma pessoa hipertensa. (GA1; P9).

Eu faço de três em três meses exame para diabetes, exames da hipertensão [...] a médica vê como está a minha pressão, se precisa mudar ou não mudar o remédio. (GA2; P22).

O hipertenso muitas vezes é solicitado a realizar exame diagnóstico cardiológico como cateterismo cardíaco. Caso for confirmada alguma alteração, é indicado um procedimento terapêutico denominado angioplastia. Ainda, pode ser realizada cirurgia cardíaca por vários motivos.

[...] eu fiz o cateterismo, fiz a angioplastia, comecei sentir falta de ar, eu não podia nem subir uma escada. [...] a médica fez um exame [...] descobriu que eu estava com um tumor [...] desenvolvendo no coração. [...] “a única coisa que nós temos que fazer agora é uma cirurgia urgente se não a senhora vai morrer, porque já está tampando uma das veias do coração” [...]. (GA1; P13).

[...] eu já fiz uma vez cateterismo [...]. (GA2; P23).

O componente, *Tornando-se consciente do processo de adoecimento*, refere-se ao aspecto em que o hipertenso admite a doença e estabelece uma convivência natural e desenvolve sensibilidade, para manter-se em equilíbrio constante em toda sua dimensionalidade. Igualmente, quando o indivíduo aprende como se cuidar, conseqüentemente autogere seu cuidado em saúde. De tal modo, que consegue responder às diversas situações apresentadas a ele.

Outra situação é quando o hipertenso tem pela frente desafios impostos pela vida como o próprio trabalho. Assim sendo, o indivíduo tem maior atenção com sua

doença e precisa buscar informações, para que a cada dia se cuide e tenha uma vida melhor e não tenha uma morte precoce.

Quando um hipertenso se conforma com a doença, aprende a enfrentar certas situações do cotidiano sem deixar as emoções prevalecerem, encara com naturalidade e procura ficar consciente de sua doença.

[...] eu não fico pensando – ah! Eu sou hipertensa [...] no começo estava pior, agora para mim é tranquilo. (GA2; P15).

[...] tenho que pensar que são minhas amiguinhas, se eu não cuidar delas [HAS] vão me levar [...] não posso pensar que tenho diabetes nem hipertensão. (GA2; P18).

[...] a gente procura passar o dia a dia, mas cada dia é uma surpresa para todos, então a gente tem que ir convivendo e levando. (GA2; P21).

[...] eu acho que é normal [ter a HAS pela idade que tem], mas é só se cuidar, aprender a se cuidar [...]. (GA2; P22).

Os participantes desta pesquisa apontam que os hipertensos conscienciosos do adoecimento aceitam a doença, realizam prevenção, aprendem a conviver com a enfermidade, conseguem controlar a ansiedade. Tudo isso depende das atitudes que cada indivíduo possui e do apoio familiar.

[...] já tem a consciência que é uma doença crônica [...] muitas vezes, já compreende se uma vez ou outra ele tem uma ansiedade que a pressão pode subir e a pessoa se sente bem, já tem um controle do organismo, aprendeu a conviver com a doença de uma forma que ele tenha a sensação de bem-estar [...]. (GA3; P36).

A partir do momento que o indivíduo se conscientiza “[...] não sara [HAS], quem tem pressão alta vai levar isso para a vida toda (GA2; P 16)”, percebe que ele tem um comprometimento com sua vida, assim passa a ser protagonista do seu cuidado.

O componente, *Percebendo a concretização do tratamento e controle da HAS*, mostra que os hipertensos consideram o tratamento e o controle como sendo semelhantes, apesar de a semântica ser diferente, e são ponderadas, por eles, como *maneiras* de se cuidar e *controlar* a doença sob seu domínio ou sua vigilância.

Cuidar da saúde [tratamento] [...] ir ao médico, tomar remédio, medir a pressão, controlar também a alimentação [...] controlar, tomar o remédio, fazer [exercício], comer menos gordura, menos sal, essas coisas assim. (GA1; P10).

Tratar é o que eu faço, assim, cuidar na alimentação, tomar remédio, ver a pressão, fazer exercício, essas coisas assim. É ter uma vida regrada. (GA2; P15).

Percebe-se que todos os hipertensos pesquisados acreditam que o tratamento e controle medicamentoso são fundamentais para eles. Apesar disso, também há os que consideram a monitorização da PA, alimentação balanceada com restrição de sal, chás medicinais e exercícios físicos.

[...] a atividade, que agora eu descobri que para pressão é o principal, o remédio ele controla, ele ajuda, mas se não tiver uma atividade física. [...] Ah! Com certeza, às vezes eu estou em casa, quando não tem, eu saio dar voltas na quadra. [...] é a pressão nunca subir e nunca baixar, é estar estável. (GA2; P20).

Ao investigar os participantes, constata-se que as suas narrativas corroboram com os comportamentos do hipertenso para a concretização do controle e tratamento da HAS, tais como a regularidade de aquisição e ingestão de medicamentos, exercício físico, controle da PA, alimentação adequada, consultas clínicas e busca de outros estilos de vida saudáveis. Enfim, seguem e respeitam os aconselhamentos dos profissionais de saúde.

Eles [hipertensos] costumam ter uma regularidade na medicação, vem buscar a medicação no período correto, não deixa faltar. Você vê que eles procuram manter todas as orientações que a gente pede [...] o exercício físico, nós temos aqui na unidade o exercício físico. A gente recomenda e eles fazem com regularidade caminhada em casa ou no parque. E quando chega o domingo ou no inverno eles falam: ah! Dei uma paradinha por causa do frio, mas eles costumam manter a alimentação mais regrada, deixar os abusos para momentos especiais [...]. (GA3; P29).

[...] com as informações que ele recebeu, ele pode estar buscando outros hábitos de vida saudáveis, uma coisa que não o estresse, que ele faça por prazer. (GA3; P34).

Nossa! É muito bacana, muito legal ver uma pessoa que toma medicação direito, leva bem a sério, faz os exercícios físicos direito, sabe? Porque a unidade oferece tudo isso. Nós temos um grupo de educação física com um professor, que graças a Deus o pessoal está tomando consciência, porque o grupo dele é lotado, sabe? Então, maioria são hipertensos, atinge aquele que já está aposentado [...] esse pessoal pode estar vindo [...]. (GA3; P30).

Os profissionais de saúde desta pesquisa confirmam que o hipertenso está consciente de sua doença e necessita realizar o controle e tratamento para toda vida. Também, gosta de si mesmo e tem motivação para viver com seus familiares, pois o indivíduo não tem autoestima baixa.

Ele já se conscientizou, então é um nível diferente, a pessoa sabe que vai ter que fazer aquilo para o resto da vida, vai se controlar, é alguns detalhes a mais só, não é coisa de outro mundo, então ele faz direito. Por isso, que eu falo que a hipertensão é tranquila, porque é um remedinho, diferente de ter que ficar picando, então é muito mais tranquilo [...]. Então, essa consciência eles têm e fica mais fácil. (GA3; P38).

Então, eu acho que o comportamento dessa pessoa, ela gosta de si mesma, no primeiro momento, ela pensa: não, eu tenho que me cuidar, me tratar. É o tipo de pessoa que ela acredita no que pode acontecer com ela se ela não se cuidar, são as pessoas que pensam: não, eu quero ver os meus netos crescerem, eu quero ver meus filhos. Então, é uma pessoa que tem mais motivação para viver, sabe! [...] e tem aquele que fala: Ah! Está tudo certo. São pessoas que não têm aquele sentimento de derrota [...]. (GA3; P30).

Desta forma, os profissionais de saúde desta pesquisa compreendem as atitudes dos hipertensos no processo de adoecimento por meio de comportamentos motivacionais no que tange as mudanças de hábitos, da expressão corporal e do perfil do hipertenso, sendo observados durante abordagem individual ou coletiva. Assim, fica evidente que a percepção do profissional é devido aos questionamentos que o hipertenso realiza a eles, pois adota o aconselhamento e traz resultado de exames, conforme *feedback*, e, por conseguinte, vai dar continuidade ao tratamento e quer melhorar a saúde.

No grupo eu percebo assim, quem está mais motivado, porque a pessoa já demonstra ou não se ela está motivada para mudar os hábitos. [...] Tem gente que volta uma ou duas vezes, ela está emagrecendo, já melhorou a alimentação e para de vir. [...] tem gente que vem uma vez, pega a orientação, muda uma ou duas coisas na alimentação e a longo prazo já tem um efeito. (GA3; P31).

Primeiro, pela atitude da pessoa. [...] No primeiro momento, eu vou percebendo o jeito que ela me responde as perguntas que eu faço eu já tenho uma noção. Outra coisa é o *feedback* deles, quando passa lá a terceira semana ele fala: Olha, eu já estou melhorando. [...] parei com a dor de cabeça, já não estou me preocupando, estou tomando os remédios certinhos. (GA3; P38).

Conforme, os participantes da pesquisa, conversar com o hipertenso, seja individual ou grupal, acerca do estado de saúde, o que o hipertenso sente e pensa da mudança dos hábitos de saúde e do tratamento medicamentoso. Apesar de haver hipertensos com estrutura social e familiar complicada e árdua é importante conduzi-los por um caminho saudável, conforme menciona o profissional “o paciente tem que ter o entendimento de que ele que vai modificar a sua vida. Então, tem que vir de dentro para fora. A motivação é uma porta que se abre do lado de dentro. De alguma forma, ele tem que abrir essa porta (GA3; P34)”.

Nesta categoria, **Entendendo o processo de adoecimento** quando o hipertenso tem um bem-estar, seja físico e emocional melhora as condições do processo de adoecimento, ele está motivado para viver, não se deixa influenciar por outros indivíduos, consequentemente, ressignifica o seu modo saudável de viver cotidiano.

#### 6.4 INCORPORANDO COMPORTAMENTOS PARA AUTOGESTÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

Essa categoria é considerada mais uma estratégia importante do fenômeno. Destaca a aprendizagem do hipertenso, no sentido de instruir-se para adoção de determinados comportamentos, tais como alimentação com pouco teor de gordura e sal; prática de exercícios físicos regular, ingestão de líquidos e tratamento medicamentoso e constitui um pré-preparo para experienciar autogestão dos cuidados em saúde. Do mesmo modo, o hipertenso procura uma mudança atitudinal admitindo que com aprendizagem, consegue viver o processo de adoecimento com mais esmero e cuidado. Realmente, essa categoria fortalece a vivência da autogestão dos cuidados em saúde. Assim, foram elencadas duas subcategorias: *Despertando atitudes em saúde* e *Apreendendo as informações para a autogestão do processo de adoecimento*.

Observam-se categoria, subcategorias e respectivos componentes no DIAGRAMA 7.



DIAGRAMA 7 – INCORPORANDO COMPORTAMENTOS PARA AUTOGESTÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES

FONTE: os Autores (2014)

#### 6.4.1 Despertando atitudes em saúde

*Despertando atitudes em saúde*, subcategoria que evidencia uma estratégia muito importante e significativa para incorporar a autogestão dos cuidados em saúde na sua vida, assim tendo atitudes e ações para o equilíbrio do adoecimento, mediante comportamentos proativos para um bem-estar físico e mental em saúde. Dela emergiram quatro componentes: *Mantendo relacionamento interpessoal*, *Adquirindo modificações nos hábitos alimentares*; *Alcançando efeitos afirmativos devido aos exercícios físicos*; *Dispondo modos assertivos para antitabagismo e antialcoolismo*.

No componente, *Mantendo relacionamento interpessoal*, o indivíduo além de estabelecer uma relação afetiva, também se relaciona com colegas do trabalho, costuma ir à igreja e procura se divertir saindo para várias atividades recreativas. Isso implica em saudáveis benefícios para o seu processo de adoecimento. Essa ligação afetiva pode ser com filhos, netos e irmãs, por meio de viagens, passeio ao parque.

Como ajudou [exercício físico] a sair um pouco de casa, porque eu fiquei dois anos dentro de casa. Foi muito bom, para conversar, não ficar pensando nas coisas de casa. Por isso ajudou bastante. (GA2; P21).

Só a igreja agora que eu frequento, tenho ido com mais frequência, porque eu tenho tido alguém que vem me buscar e vem me trazer. Então, eu tenho me sentido bem indo lá e as amizades que eu tenho lá. (GA2; P22).

Aí! Meus netos, eu amo eles, adoro eles, me divirto com eles. Saio passear no final de semana, foi visitar minhas irmãs, vou para o sítio ou vou para praia. (GA1; P13).

O profissional de saúde estimula o relacionamento interpessoal, conforme na narrativa “[...] até mesmo o contato pessoal, porque nos primeiros dez minutos da aula eu deixo livre para conversa e se deixasse seria uma hora conversando, porque eles gostam bastante dessa parte de relacionamento (GA3; P35)”. Assim, o hipertenso convive melhor com sua cronicidade.

Pelo componente, *Adquirindo modificações nos hábitos alimentares*, o hipertenso aprende a fazer cinco a três refeições diárias com alimentos saudáveis, como carne magra vermelha, frango, peixe, cozidos, assados e grelhados. A cocção é com pouco azeite e sal. Pela manhã, ingerem iogurte e barras de cereais. No almoço, quase não se alimentam de massas, dando preferência para arroz, feijão e hortaliças e no jantar são mais frutas.

O hipertenso com hábito alimentar modificado inicialmente realiza a marcação de tudo o que ingere e com o advir do tempo acaba concretizando tal comportamento, não registrando mais os alimentos ingeridos.

Sabe! Desde alimentação, que mudou tudo. Frutas, verduras, grão de bico, tudo que eu posso comer com certa frequência. [...] tanto que eu não sou de comer fora. Como eu estou acostumada a comer pouco sal, se eu como no outro dia eu passo mal e me dá dor de barriga, porque eu não como nada gorduroso, aí, automaticamente, cai uma coisa gordurosa, eu passo mal. (GA2; P18).

O hipertenso tem horários certos para se alimentar e procura comprar suas hortaliças e frutas em supermercados próximos a sua residência, rua da cidadania, armazém da família e alguns indivíduos fazem sua própria horta domiciliar. No



armazém da família, o governo brasileiro disponibiliza artigos para as famílias, assim adquirem produtos saudáveis como *diet*<sup>21</sup>; *light*<sup>22</sup> e integrais<sup>23</sup>.

Tenho [horta domiciliar], tenho couve, salsinha e cebolinha, manjerona, alface, é o mínimo. Eu compro numa quitanda ali na [nome do bairro]. Eu compro algumas coisas no Armazém da Família, só que não os legumes, são difíceis, uma vez por mês, quando eu vou fazer a compra. Eles têm uma seção de *diet* no armazém da família, eu compro mais óleos de canola, isso que eu compro porque é muito caro no mercado normal [...] tem bastante pão integral, tem várias coisas no armazém. [...] duas vezes na semana eu faço integral, daí eu ralo cenoura, se eu puder eu coloco brócolis, vagem, eu faço um arroz super colorido e daí ela gosta do arroz e uma saladinha verde, vai embora. E eu gosto de feijão, diz que o feijão é bom para diabetes. Feijão com pão, feijão com banana, feijão com aveia. Hum! Só que eu gosto muito de salada de feijão cavala com bastante limão. [...] mais é pão integral que eu costumo usar, mas uso também outros de vez em quando, o queijo branco que a gente gosta, margarina é *light*. (GA2; P25).

Ah! Eu como mais fruta e verdura. Apreendi a comer arroz integral que é uma coisa que eu não gostava, aprendi a gostar. Fazer mais refogado, salada bastante. Tomo [café da manhã] uma fatia de pão integral e uma xícara de café com mais leite [...]. (GA2; P28).

Neste componente, *Adquirindo modificações nos hábitos alimentares*, nota-se que o indivíduo sabe a respeito de hábitos saudáveis de nutrientes, pois o hipertenso entende que deve ter um controle nos alimentos ingeridos, principalmente, com redução de sal e de gorduras. Desta forma, consome macronutrientes e micronutrientes, mediante alimentação saudável, pois os alimentos ricos em frutas e verduras podem reduzir a PA, ao passo que os ricos em sal elevam a mesma. Com tal atitude, por conseguinte, está se prevenindo.

O componente, *Alcançando efeitos afirmativos devido aos exercícios físicos*, aponta os benefícios para a saúde do hipertenso, principalmente, quanto à manutenção dos níveis da PA. Assim, independentemente de realizar exercícios aeróbicos ou de alongamento, o indivíduo consegue movimentar seu corpo.

<sup>21</sup> Alimento produzido de forma que sua composição reduza em, no mínimo, 25% o valor calórico e/ou os seguintes nutrientes: açúcares, gordura saturada, gorduras totais, colesterol e sódio, comparado com o produto tradicional ou similar de marcas diferentes (BRASIL, 2008b, p.17).

<sup>22</sup> Alimento industrializado em que determinados nutrientes como proteína, carboidrato, gordura, sódio, entre outros, estão ausentes ou em quantidades muito reduzidas, não resultando, necessariamente em um produto com baixas calorias (BRASIL, 2008b, p.16).

<sup>23</sup> Alimento pouco ou não processado e que mantém em perfeitas condições o conteúdo de fibras e nutrientes (BRASIL, 2008b, p.17).

[...] eu inclusive já fiz exercícios, muito anos ali no colégio [nome]. A gente começava com aeróbica, depois fazia ginástica localizada, caminhada, era muito bom. Mas eu tive que parar, eu tive que começar a trabalhar para ajudar em casa, [...] mas quando eu começo a fazer os exercícios todas terças e quintas, minha pressão melhora. Agora que eu estou de férias e tenho mais tempo, eu estou fazendo caminhada de manhã também, daí eu me sinto bem até para caminhar. (GA2; P22).

O exercício físico propicia um bem-estar físico, mental e espiritual. Também, propicia uma rede social mediante os encontros e convivência entre hipertensos, possibilitando que cada um perceba que o seu problema não é maior ou pior que o do outro. De tal modo, com o exercício físico o indivíduo hipertenso sai do sedentarismo e eleva a autoconfiança.

[...] então, se a gente fica só dentro de casa, a gente fica fazendo o serviço de casa e daí às vezes não tem o que fazer. Daí, a gente fica mais triste, e tendo o que fazer [exercício físico], a gente se anima. (GA2; P16).

O profissional de saúde desta pesquisa menciona que se devem respeitar os limites de cada hipertenso durante a realização de exercícios físicos, especialmente, os indivíduos com problemas cardiovasculares.

Primeira coisa que ele [hipertenso] deve respeitar: os seus limites. Isso é uma questão de saúde. [...] tem que saber quais são os principais sintomas que ele tem e ficar alerta durante as suas primeiras aulas, principalmente se der dor no peito, se der uma falta de ar excessiva, comunicar o professor, imediatamente [...] principalmente, relacionados aos problemas cardiovasculares, devido à pressão arterial. [...] enfim, atividade física fazer com que essa prática seja prazerosa e não seja um fardo. (GA3; P35).

Neste componente, *Alcançando efeitos afirmativos devido aos exercícios físicos*, percebe-se que o hipertenso faz caminhada, exercício físico aeróbico e flexibilidade. Além desses comportamentos saudáveis, o hipertenso convive com os indivíduos, evitando mau humor e estresse do dia a dia, assim mantendo a autoestima.

No componente, *Dispondo modos assertivos para antitabagismo e antialcoolismo*, alguns hipertensos apontaram que pararam de fumar, outros nunca tiveram o hábito de fumar. Esses que pararam de fumar foram estimulados pelos profissionais de saúde e por questões pessoais. Em relação ao alcoolismo a maior

parte dos casos, substitui bebida com álcool para sem álcool, pois tem consciência de que a ingestão de bebida com álcool faz mal para sua saúde.

[...] eu não fumava, já é uma grande vantagem. (GA2; P20).

[...] não bebo [bebida com álcool], nada. (GA2; P15).

O indivíduo está consciente de que fumar faz mal para o processo de adoecimento. Ainda, percebe-se a gravidade de ingerir bebida alcoólica, usando a criatividade para não se aproximar deste vício tão cruel para a saúde dele.

#### 6.4.2 Apreendendo as informações da autogestão do processo de adoecimento

Na subcategoria, *Apreendendo as informações da autogestão do processo de adoecimento*, o hipertenso incorpora as práticas frequentes para o equilíbrio e a estabilidade do processo de adoecimento. Neste sentido emergiram três componentes: *Buscando informações para o processo de adoecimento*; *Reconhecendo as ações para autogestão do processo de adoecimento* e *Agindo afirmativamente ao processo de adoecimento*.

No componente *Buscando informações para o processo de adoecimento*, o indivíduo menciona que aprende mediante buscas de informações da hipertensão, de complicações e hábitos de vida saudáveis, quanto à ingestão de chá de infusão, tratamento medicamentoso, alimentação com pouco teor de sal e gordura e exercício físico, enfim cuidados com a saúde. Essa aprendizagem é realizada mediante palestras ministradas por profissionais de saúde como médico, enfermeira, farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e psicóloga.

Acredito que tem que se cuidar para viver mais. [...] Bom, primeiro foi à médica começou a dar os toques. E daí foi falando outro, e a gente vai aprendendo. Na verdade, tem a reunião. [...] ela fala sobre várias coisas relacionadas à hipertensão, sobre os chás, os remédios, o que se deve e o que não se deve fazer, sobre a gordura, que é importante não consumir muito. [...] No começo foi a agente de saúde que falou que era bom e tal, daí eu fiquei meio assim, relutei, relutei, mas acabei começando a vir [exercício físico]. (GA2; P15).

Eu tenho aprendido com a palestra cada vez mais, tem coisa que a gente vai descobrindo bastante, tem coisa que a gente já sabe que faz mais bem, sobre o remédio mesmo que a gente não sabe que vamos aprendendo. E a gente vai mudando. [...] é a psicóloga, a farmacêutica, a nutricionista que fala sobre reeducação alimentar [...] dão bastante orientação, é bem recebido pela agente. (GA2; P19).

[...] a também lá da [nome da enfermeira], mas foram três palestras e uma que foi aqui [UBS]. Aprendi para mim mesmo, porque passar para os outros não adianta, porque eles não escutam mesmo. [...] com a [nome da enfermeira], enfermeira, eu estive aqui [UBS]. Daí parece que agora ela está de férias. (GA2; P20).

Atualmente, além de o hipertenso participar de palestras, procura ficar informado por meio de programas televisivos e rádios, em que os profissionais de saúde ocupam esses espaços para ensiná-lo e aconselhar a ter estilos de vida saudáveis. Além, dessa ferramenta que o indivíduo aproveita, também buscam informações por meio da *internet* e leituras de livros com objetivo de desenvolver hábitos de vida saudáveis.

Também, o hipertenso recebe informações de seus familiares com relação a hábitos saudáveis de saúde, somente tendo cuidado com os condimentos na sua alimentação, pois sabe que em excesso é prejudicial à saúde. Isso devido os indivíduos com mais idade preferir alimentos bem condimentados. Às vezes, na ocupação em que o hipertenso trabalha, ele é obrigado a aprender fazer comida saudável para seus patrões, assim consegue manter ingestão de alimentos com redução de sal e gordura, sendo benéfico para sua saúde.

[...] Eu vejo bastante programa de orientação de nutricionistas, de médicos endocrinologistas e que na verdade você pode comer de tudo, não pode comer claro, coisa gordurosa, fritura. É lógico, não pode abusar, mas tudo na medida certa. (GA2; P19).

Aprendi eu acho que no sal, fazer exercícios, caminhadas. [...] Ah! Eu vejo na televisão. No posto também já me explicaram. Quando eu tenho tempo, eu vejo na *internet*, leio bastante sobre [saúde]. (GA2; P23).

Então, todas as informações, ela [mãe] me repassa também. Ela repassa muito a minha mãe, ninguém diz que ela tem 84 anos, toma insulina, está sempre com o pé na estrada. [...] a minha mãe, ela cozinha muito bem, só que a comida dela é muita forte, então eu tenho que cuidar [...]. (GA2; P26).

[...] na verdade você pode comer de tudo, não pode comer claro que coisa gordurosa, fritura, muito sal, essas coisas. É lógico, não pode abusar uma vez ou outra, mas tudo na medida certa. (GA2; P19).

Considerando os profissionais desta pesquisa que atendem o hipertenso, estes apontam que a aquisição de conhecimentos pode ser realizada mediante palestras da equipe de saúde, nas quais cada colaborador desenvolve um tema da sua área de abrangência, seja alimentação, medicamentos, noção da doença e suas ocorrências, exercício físico, enfim, cuidados com a saúde, procurando ajudar o hipertenso a transformar seus conhecimentos em mudanças e manutenções de comportamentos saudáveis, para um viver melhor.

Também, os participantes desta procuram realizar recomendações individualmente, seja em consultórios ou domicílios.

[...] é o único jeito de entender o que ele está fazendo. Então, essa conversa, em geral, ela é em grupo, mas eu tento não só trazer informação, mas perguntar exatamente o que ele faz e como ele faz para ver se as orientações que ele já recebeu foram compreendidas, porque, às vezes, a pessoa não conseguiu entender a forma que o profissional passou a informação. Procuro as pessoas que estão participando mais, daí depois que elas falam, eu pergunto para os outros: o que eles acham? Como eles fazem? Para que todo mundo fale. [...] as que estão bem, a gente sempre inclui o papel do estresse na hipertensão. Eu sempre falo: atividade física, alimentação, diminuir o estresse e para procurar *hobbies*, tem grupo de artesanato em algumas unidades, eu falo para procurar o grupo para participar [...]. (GA3; P31).

Eu oriento individualmente ou nos grupos coletivamente ou na casa do paciente, quando a gente vai, já aproveita e faz a orientação. Eu vou sempre com mais alguém, pelo menos com a ACS. [...] é assim, a gente sempre toca nesse assunto de exames e consultas nas reuniões. Então, falo da importância dos exames, explica porque tem que ficar consultando, porque da medicação, o que faz cada medicação. (GA3; P33).

Neste componente, *Buscando informações para o processo de adoecimento*, os hipertensos procuram informações sobre os hábitos de vida saudáveis, por meio de palestras ou individualmente com profissionais de saúde das UBS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Estratégia Saúde da Família (ESF). Também, o indivíduo busca saber acerca dos cuidados em saúde mediante programas televisivos, leituras e conversas com seus pares.

O componente, *Reconhecendo as ações para autogestão do processo de adoecimento*, revela que o hipertenso percebe as ações proativas como adesão ao medicamento anti-hipertensivo, controle da PA, realização de exercício físico, ingestão de alimentação saudável com restrição de sal, ingestão de chá com moderação de café e chocolate. O indivíduo hipertenso quando reconhece que as

suas ações para os hábitos de vida estão apresentando resultados eficazes, procura melhorar o seu cotidiano a cada dia.

[...] a doutora também já falou que a gente tem que tomar [medicamento]. [...] tenho consciência que eu vou ter que tomar para o resto da vida e eu espero não precisar tomar mais nenhum. Ah! Eu acho que ser hipertensa, você tem que ficar se controlando, não posso comer isso, não posso comer aquilo. Mas, disse a gente só fica consciente depois que vem na reunião, porque daí a doutora fala – olha, não pode isso, não pode aquilo [...]. (GA2; P15).

A hora que eu vou pendurar uma roupa eu sei que quando ergue, por exemplo, o calcanhar fica de ponta do pé é um exercício para circulação é o bombeamento do sangue. É o professor [educador físico], isso eu não sabia. (GA2; P26).

[...] o médico orientou odeie o sal, eu não posso comer, se eu comer com sal passo mal [...] eu não posso, tem que ser a quantidade mínima. A médica falou que eu não podia tomar nem café nem chocolate, chocolate eu não gosto, mas café eu não consigo [parar], somente diminui. (GA2; P27).

Ao pesquisar o profissional de saúde, estes mencionam que recomendam aos hipertensos as mudanças de estilo de vida e aborda temas como as complicações da hipertensão. Também aconselham acerca da reeducação alimentar para o hipertenso e, em caso de doentes acamados, orientam seus familiares e cuidadores acerca do tratamento medicamentoso e exercício físico regular. Por outro lado, aconselham o hipertenso para o cuidado, conforme a prioridade de cada indivíduo, em uma linguagem coloquial. Ainda, convidam o hipertenso que trabalha durante o dia para que mantenha assiduidade a UBS, cuja finalidade fazer o acompanhamento no SISHIPERDIA.

[...] Então, o paciente que inicia a hipertensão, a gente tenta a mudança de estilo de vida, [...] depois, que a gente começa com a parte medicamentosa [...]. Também, daí o paciente quando vem com a lista de medicamentos que ele toma e já tem toda aquela orientação feita pela enfermeira, pelo médico do outro postinho, mas a gente sempre reforça. Eu sou de conversar bastante, se o senhor continuar hipertenso, se não se cuidar, se não cuidar de sua alimentação, a hipertensão ela é um monstro, pode vir a ter um infarto, vir a ter um derrame [...]. Hoje, o senhor não sente nada com a sua hipertensão, mas a hora que o senhor sentir já pode acontecer alguma coisa, [...] também tem aqueles que já vêm bem informados, tem um grau sociocultural maior, [...] a gente tem que mostrar todos os benefícios que ele vai ter com o tratamento e a prevenção, que ele pode vir a ter no futuro. (GA3; P29).

Neste componente, *Reconhecendo as ações para autogestão do processo de adoecimento*, é fundamental o papel do profissional de saúde para o hipertenso, pois este reconhece ações dos cuidados em saúde devido aos aconselhamentos e a linguagem cotidiana que a equipe multiprofissional desenvolve com o doente.

O componente, *Agindo afirmativamente ao processo de adoecimento*, apresenta as narrativas dos participantes, que apesar de enfrentar em dificuldades, seguem a vida normalmente. Por outro lado, não se deixam abater pela doença, pois mantém o convívio com os familiares, amigos e trabalho, ficando em alerta para qualquer alteração do seu organismo. Isso denota que o hipertenso continua tendo uma vida social, realiza os cuidados rotineiros e prevenção de complicações, por conseguinte, autogerencia seus cuidados em saúde. Ainda, acredita que não é só ingerir o medicamento anti-hipertensivo, mas mudar o modo de viver, como ser compreensivo ao seu familiar.

[...] Eu acho que quando a gente tem algum problema, seja qual for, tem que procurar em primeiro lugar se cuidar da saúde, porque eu acho que o bem mais precioso que a gente tem na vida é a saúde. [...] olha, a única coisa que mudou foi que eu comecei a fazer exercício físico, fazer caminhada. Daí eu venho nas reuniões. Eu venho de dois em dois meses, porque o meu é leve. (GA2; P15).

A partir do momento que eu fiquei hipertensa, eu passei a cuidar porque a minha comida era muito salgada. [...] como eu sou hipertensa e diabética, para mim é um remédio [caminhar], é o melhor remédio que eu não preciso pagar, não preciso pedir para ninguém e não preciso tomar, vou andando. [...] [...] eu não posso entrar em depressão, porque meus filhos vêm aqui em casa e me vê triste, me vê cabisbaixa, e como que eu vou receber eles aqui? [...] então, eu estou sempre para cima [...] mas a vida me ensinou, as puxadas de tapete que eu tive me ensinaram. [...] assim, me dá mais ânimo, mais vontade de fazer as coisas e mais revigorada [...]. (GA2; P26).

[...] procuro não me estressar, principalmente dentro de casa. Assim, antes eu era muito [estressada], porque eu sempre fui muito chefe da casa, criei duas filhas, sozinha, entendeu! Então, era eu que mandava em tudo, eu tinha que fazer tudo, aí hoje é que assim. Há um tempo tudo que tinha que ser do jeito que eu fazia, hoje não. Hoje ela pode fazer do jeito dela que eu não falo mais nada, entendeu! [...]. (GA2; P17).

Para os profissionais de saúde pesquisados, o perfil do hipertenso que está comprometido com o seu estado de saúde é um indivíduo exemplar, tranquilo, feliz, que está bem consigo mesmo, sabe lidar com o estresse, assim consegue ser consciente de tal situação. Desta forma, prioriza a saúde e segue as recomendações quanto aos cuidados com a doença e hábitos de vida saudáveis, sendo ator principal

do seu cuidado em saúde. Assim, está orientado e ciente quanto aos comportamentos saudáveis, portanto faz autogestão de cuidados em saúde.

Nossa, ele tem uma vida tranquila, normal, sossegada, sabe? [...] eu acho que é uma pessoa mais centrada com mais foco. Ele tem noção do que ele tem e do que isso vai causar para ele se não tomar determinada atitude, de estar controlando e tal. Então, resumindo é uma pessoa um pouco mais esclarecida, penso, em todos os níveis. (GA3; P30).

Eu acho que ele é disciplinado, obediente, entende e escuta aquilo que é orientado em relação aos hábitos saudáveis, medicamento, estresse. [...] segue as orientações dos profissionais de saúde, ele tenta fazer uma alimentação saudável, pode tentar fazer uma atividade física sistemática, toma a medicação certinha, [...] eu acredito que ele é mais feliz, ele absorveu todos os ensinamentos, as orientações e segue a vida. [...] ele se mantém bem, tem uma qualidade de vida melhor, se torna um autogestor na sua saúde, está fazendo a parte dele. (GA3; P34).

Fica evidente neste componente *Agindo afirmativamente ao processo de adoecimento*, que o hipertenso necessita não só ter aspirações para autogerir seus cuidados, mas priorizar a si próprio, perceber-se, sentir-se realizado em suas crenças e valores.

Nesta subcategoria *Apreendendo as informações da autogestão do processo de adoecimento*, percebe-se que o hipertenso aprende os aconselhamentos dos profissionais de saúde e adota comportamentos proativos de hábitos de vida e segue sua vida normalmente, pois se sente seguro e com autoestima.

Nesta categoria, **Incorporando comportamentos para autogestão do processo de adoecimento**, o hipertenso fica vigilante para as mudanças comportamentais de hábitos de vida saudáveis com ajuda dos profissionais de saúde mediante informações recebidas, seja individual e/ou coletivamente. Também procura saber estilos de vida em programas televisivos e rádios e leitura de livros e jornais e com seus familiares. Assim, o indivíduo consegue se tornar consciente de seus cuidados e conviver beneficentemente com seus familiares, consequentemente, apresenta uma compreensão dos cuidados em saúde, pois consegue apreender a lógica de mudanças de hábitos saudáveis para sua vida.



## 6.5 SENDO ATENDIDO NO SISTEMA DE SAÚDE

Assinala essa categoria, a relação que o hipertenso espera dos profissionais de saúde envolvidos nos atendimentos no contexto do sistema de saúde público-privado. Desta configuração, aparecem duas subcategorias *Relacionando-se com os profissionais de saúde* e *Percebendo necessidade de recursos para o cuidado do hipertenso*.

Ressaltam categoria, subcategorias e componentes no DIAGRAMA 8.



DIAGRAMA 8 – SENDO ATENDIDO NO SISTEMA DE SAÚDE, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES  
FONTE: OS Autores (2014)

### 6.5.1 Relacionando-se com os profissionais de saúde

Nesta subcategoria *Relacionando-se com os profissionais de saúde*, foi possível averiguar se o hipertenso conhece quais profissionais que o atendem, se mantêm diálogo e como está sendo atendido pela equipe de saúde. Foram

evidenciados três componentes nomeados: *Tendo atendimento*; *Mantendo diálogo* e *Confiando no atendimento clínico*.

No componente *Tendo atendimento*, percebe-se que o hipertenso recebe atendimento das equipes da UBS, NASF e ESF do sistema de saúde público mediante consultas e encontros e/ou plano de saúde privado.

Nas UBS, o hipertenso além de consultar com o médico, vem para pegar medicamento e participar das palestras ministradas pelos profissionais (enfermeira, farmacêutica, nutricionista, médico, profissional de educação física, fisioterapeuta e psicóloga) que atendem o e-SUS AB.

Outra situação que o hipertenso menciona é a dificuldade em agendar consulta na UBS para clínico geral, especialidades, outros profissionais e exames de diagnósticos, pois os colaboradores priorizam idosos e os mais necessitados. Também, o indivíduo assinala que recebe uma consulta rápida e muitas vezes não ganha um atendimento na sua totalidade. Isso faz com que o hipertenso demonstre suas vicissitudes na busca de atenção a sua saúde.

Logo, o participante desta pesquisa quando vai a UBS para buscar medicamentos ou consultar, almeja um melhor acolhimento, pois alguns profissionais imprimem atitudes não benéficas para o indivíduo. Assim, tem alguns hipertensos que não se preocupam com tal ação, mas alguns participantes questionam – como ficam os demais doentes que recebem esse tipo de atendimento?

Ainda, o hipertenso que labora diuturnamente fica sem condições de atendimento no período noturno, poderia ser ampliado o atendimento até às 22h00 em todas as UBS com atendimento interdisciplinar de saúde, englobando os profissionais de várias áreas.

Comecei fazer tratamento aqui [UBS]. Só que teve uma época [...] não vim no médico mais. Depois que vim morar para cá [perto da mãe], deu de estar mais no médico do que trabalhando, sempre consultando, tomando remédio. [...] Ah! Não tem tempo de voltar, está demorado [agendamento]. Quando eu vim falei para o doutor [nome/clínico geral]: tenho que vir de madrugada para pegar uma consulta para o senhor e o cardiologista, [...] só que eu não posso vir cedo para marcar uma consulta para ele [doutor]. [...] você pergunta dá para agendar, não posso agendar porque agenda só para os mais idosos e os mais necessários. Então, não consta que eu seja tão necessário para ser agendado, entende? Não sei o que eu faço, sabe! [...]. (GA1; P1).

[...] uma equipe que chega e massacra o paciente, que atende mal, não escuta o paciente ou então não valoriza aquilo que o paciente fala; o paciente nunca vai ser atendido [...] o paciente sente quando aquele profissional atende diferente. (GA3; P34).

[...] quando eu não estou me sentindo bem eu venho aqui [UBS] medir [PA], mas como eu estou bem, sabe! Eu tenho me sentido bem. (GA2; P18).

[...] realmente falta para gente muitas vezes alguma coisa, sabe! [...] Por exemplo, um trabalho deste poderia, deve ser à noite, a partir das 19h00, seria excelente, abrir para esse público também, porque tem muita gente, que nem eu hoje estou aqui, porque estou desempregado se eu estou trabalhando não sabia disso. Então, se pudesse, no caso eu sei que vocês trabalham com hipertensos, com diabéticos, mas só que são todos no horário padrão, isso não depende de vocês, depende da Secretaria, isso nós vamos tentar reivindicar com o prefeito isso. (GA1; P3).

Ao pesquisar os profissionais de saúde, percebe-se que em algumas UBS eles fazem atividades de promoção, reabilitação à saúde e prevenção de doença, mediante palestras de informações referentes aos cuidados de saúde, da hipertensão e orientações quanto aos exercícios físicos aeróbicos e de flexibilidade, conforme cronograma e pauta pré-estabelecido pelos próprios profissionais de saúde, sendo que em algumas UBS são divididos por micro áreas atendidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses convidam os hipertensos com antecedência, durante a visita domiciliar, para que compareçam as palestras. Outra forma é por meio de fixação de cartazes nas UBS. Também, a presença do hipertenso nas palestras está vinculada ao agendamento da consulta clínica em algumas UBS.

Dependendo da estratificação e classificação de risco, o hipertenso não frequenta todos os meses a UBS, ficando com os ACS a responsabilidade de informá-lo sobre cuidados em saúde, inclusive o tratamento medicamentoso, principalmente, onde não existe a ESF.

Normalmente, depende muito da UBS, mas aqui nesta especialmente, quando a gente atende em grupo, geralmente por mês. Assim, vamos supor, aqui tem [cita numero de] hipertensos, daí nós pactuamos, por exemplo, que em março a farmacêutica vai falar. Eles dividem a unidade de saúde em grupos de acordo com micro áreas da ACS. Então, vamos supor, na primeira semana são os mais graves ou são os da área do fulano e do ciclano, então fulana e ciclano vão fazer o convite para os seus hipertensos e vão tentar trazer sexta-feira, tal hora, porque a farmacêutica vai falar na segunda semana tais e tais assim por diante. Ficou pactuado que no mês de março eu vou falar toda semana, sobre o uso correto do medicamento, [...] daí no mês de abril a nutricionista vai fazer a fala dela, mês de maio a fisioterapeuta vai falar alguma coisa, junho a auxiliar vai, e assim vai seguindo. Existe unidade que faz diferente. Invés de fazer igual aqui toda semana, faz uma vez por mês [...]. (GA3; P34).

A dinâmica de encaminhamentos dos hipertensos é estar vinculada ao e-SUS AB da UBS de sua territorialização respectiva. Essa ação é verbal entre os profissionais de saúde, não oficialmente via prontuário eletrônico.

Os profissionais de educação física e da fisioterapia de determinada UBS utilizam o salão paroquial do bairro ao lado da UBS, para atender os hipertensos. Essa ação é a própria comunidade que consegue junto ao administrador da igreja.

Também encaminho aí [anexo a UBS] atividade física, é voltada para paciente da unidade. Daí eles passam para mim e eu vejo se eles estão vinculados ao programa. Tem paciente que nunca entra no posto, mas descobre o programa e participa porque é legal, aí não dá para liberar porque é restrito, isso é ordem da secretaria, é exclusivo para os usuários da unidade. E daí passa por mim, fazer o acompanhamento, daí eu já libero. [...] tem a fisioterapeuta, que também tem alguns grupos, por exemplo, o grupo de joelhos, de coluna, sabe? Tem grupos que elas fazem alguns trabalhos, tem umas parcerias que a gente consegue. (GA3; P29).

É! A gente tem dois grupos de atividade aqui na UBS, um grupo de atividade física que é na [UBS] aqui, terça e sexta e a gente tem o grupo de convivência que é mais trabalhos manuais, mas para o hipertenso [...]. (GA3; P32).

[...] eu tenho que encaminhar para aquela atividade que tem na unidade, porque a pessoa não vai tratar, porque eles não pertencem a essa. Então, eu encaminho para o que tem [atividade]. (GA3; P38).

O diálogo sobre o adoecimento do hipertenso entre os profissionais do NASF é mediante o matriciamento, ou seja, fazem uma espécie de estudo de caso, cuja finalidade é um atendimento compartilhado daquele doente em estado físico ou mentalmente crítico. Esse encontro é por meio de reunião entre profissionais ou este solicita verbalmente a opinião de outro membro da equipe de saúde do NASF. Também, acordam a educação permanente para os colaboradores das UBS e/ou do

NASF. De tal modo, que o matriciamento é realizado para a discussão dos casos do hipertenso e dos colaboradores de cada equipe de saúde.

[...] O matriciamento é a equipe detectar alguns casos [doente] que precise de uma atenção maior, alguns casos críticos, para os profissionais do NASF que são os profissionais que não tem na unidade, é de apoio. E fazer estudo de caso, falar: olha, fulano de tal estás assim, o que a gente pode fazer? Daí os profissionais do NASF, cada um da sua área de conhecimento faz os encaminhamentos, fala: olha, fulano de tal está assim, assim, o que a gente pode fazer? [...] às vezes o profissional enfermeiro ou médico às vezes não sabia que na fisioterapia ou a nutrição faziam isso. Então, a gente faz essa abordagem, aí chega num consenso sobre o que fazer com o paciente. Se precisar, o profissional do NASF faz a consulta ou faz uma consulta compartilhada, aqui a gente está trabalhando bastante com a consulta compartilhada, que tem mais de um profissional atendendo ou os profissionais conversam e surge o produto dessa consulta compartilhada. [...] no matriciamento também qualquer assunto relacionado a uma área específica, o profissional de apoio vem, faz uma educação permanente com os funcionários, é aquela coisa do aprendizado contínuo. Então, tem uma situação diferente, os profissionais são procurados, a gente tenta esclarecer. [...] a equipe assimila aquilo, claro que tem coisa que é muito peculiar ao profissional, mas tem aquela coisa que são orientações que qualquer um pode dar, desde que bem treinado. (GA3; P35).

A despeito de algumas deficiências no sistema de atenção em saúde da UBS, o indivíduo parece estar satisfeito com o atendimento recebido, porém pede para as enfermeiras que solicitem exames laboratoriais. Também, as consultas clínicas deveriam ser semestrais e não anuais, para atualização da data de receita dos medicamentos, pois às vezes são obrigados a comprar medicamentos. Outra implicação é quando o hipertenso vem buscar a medicação, deveriam aferir a PA e depois fornecer a medicação, pois só verificam quando ele pede e não anotam na carteira de identificação do usuário da UBS.

Aqui está bom [UBS]. As pessoas são bem atenciosas, educadas, eu vejo que eles atendem essas pessoas de mais idade com paciência. Então, nessas coisas eu presto muita atenção, eu gosto disso. Sempre fui bem atendida aqui [UBS]. (GA2; P22).

[...] eu acho que elas [enfermeiras] poderiam pedir exame para a gente porque uma vez por ano tem que fazer exame, para ver como que está o colesterol. Então, eu gostaria disso. Porque quando tem que pedir exames, tem que consultar com a doutora, é para ver como que está. (GA1; P11).

[...] eu vou lá ao posto pegar o remédio e eles [profissional] não medem mais a pressão, não sei se eles têm muita pressa [...] eles não medem lá na [nome da UBS]. Só dão remédio e pronto. Acho que isso é errado, muito errado. Uma vez só, que eu não estava boa eu pedi, mas ela não anotou [...]. (GA2; P20).

Os profissionais de saúde desta pesquisa ao abordar o hipertenso sejam nas UBS e/ou grupos estruturados no NASF, realizam anamnese e investigam acerca dos hábitos de vida, antecedentes, uso de medicamentos, exame laboratorial, aferem sinais vitais, realizam reeducação alimentar e focam na monitorização da PA. Também averigam se o hipertenso é assíduo ao e-SUS AB mediante informações que constam no prontuário eletrônico ou na carteira de identificação do hipertenso cadastrado na UBS.

Outra ação dos participantes desta pesquisa, especificamente os ACS, é fazer a busca ativa dos hipertensos faltosos do e-SUS AB. Assim, dirigem-se ao domicílio do indivíduo sabendo que ele é hipertenso, de tal modo verificam a carteira de identificação do hipertenso da UBS e adesão ao medicamento.

Ele normalmente já vem encaminhado para mim ou porque a auxiliar de enfermagem passa para mim ou pelo próprio médico, então eu faço o atendimento dele, vejo se está cumprindo as metas do programa. [...]. Então, depende da forma que chegou até a mim. Tem paciente que já recebeu o diagnóstico de hipertenso há muito tempo. Eu pergunto se está tomando medicamento, se a pressão está controlada [...] eu olho que a pressão está boa, daí confiro na carteirinha para ver como estava em outros dias, vejo que o paciente é bom e pergunto: como que o senhor faz? Como que é a sua alimentação? Você faz alguma atividade física? E esses pacientes gostam bastante de falar sobre isso [...]. Agora, se ele não está bem controlado eu converso com ele tentando verificar o porquê ele não está conseguindo controlar bem a pressão. (GA3; P32).

[...] a gente só visita [o hipertenso do] programa, já vê se ela tem a carteirinha de hipertenso que é para participar do programa do hipertenso, uma vez por mês. A gente já dá uma olhada no que ele está tomando, a gente já pede a receita para ele [hipertenso]. (GA3; P30).

Na ESF, o hipertenso é aconselhado a buscar ajuda nas UBS ou a própria equipe o atende em seu domicílio, pois à medida que recebe uma estratificação de risco e uma classificação é cadastrado no e-SUS AB. O indivíduo, às vezes, só participa da ESF para pegar a medicação e das atividades do grupo estruturado, como no caso de palestras e exercício físico aeróbico e de flexibilidade. Por outro lado, alguns hipertensos são atendidos por especialistas mediante consulta particular.

Apesar dos profissionais de saúde desta investigação, se encaminharem ao domicílio do hipertenso, muitas vezes não encontram o indivíduo devido ele estar trabalhando e quando o encontra monitoram por meio da carteirinha de identificação do usuário da UBS para averiguação da assiduidade ao programa.

Ela atende a minha região, só que a moça que faz parte da minha região, a [nome], ela quer me matar, porque ela não me encontra em casa, porque eu saio de casa 09h40min, porque eu trabalho lá no Shopping [nome]. Eu entro as 10h00min e saio as 16h00min. Então, como ela cuida da minha região de manhã, esses dias ela me pegou no flagra e falou para eu trazer a minha carteirinha para ela ver, porque ela acha que eu não estou participando do programa, mas estou, porque ela disse que não me via mais. (GA1; P9).

Os profissionais da ESF discutem o caso em reunião ou individualmente, com seus pares, e definem quais ações serão colocadas em prática, respeitando a singularidade de cada indivíduo. À medida que fazem visita domiciliar, os profissionais monitoram a ingestão de medicamentos e orientam quanto ao uso. Também, questionam se o hipertenso necessita de aconselhamento quanto à saúde e questões familiares.

[...] mas aqui [ESF] a gente faz assim, discute o caso, [...] vai fazer uma intervenção, mas às vezes não é tão bom, porque tem os outros fatores que vão interferir [...] vai orientando toda vez que ele vai fazer alguma coisa, [...], não adianta eu falar em termos técnicos, eu questiono o que a pessoa está precisando e as questões familiares da pessoa [...]. (GA3; P33).

[...] a estratégia [ESF] permite que a gente faça uma visita domiciliar. Na visita, uma das conversas é: traga-me os medicamentos, não o papel, eu quero os medicamentos. Porque infelizmente muitos não leem, muitos têm que aprender, então eles vão pela cor, mas a cor nem sempre é a mesma porque tem licitação e muda. Daí quando você vê lá eles: puxa, mas esse aqui não é o mesmo desse remédio. Não. Então, na visita domiciliar você consegue pegar se a pessoa toma [medicamento]. (GA3; P36).

Alguns indivíduos necessitam fazer uso do plano de saúde suplementar para o acesso a algumas especialidades como cardiologistas, pneumologistas dentre outros, apesar de o hipertenso receber atendimento nas UBS. Os profissionais não conseguem dar conta dos atendimentos, levando-o a procurar outros recursos de saúde. Ainda, quando o indivíduo consulta com o clínico particular, esse solicita que levem os exames complementares de diagnóstico terapêutico.

[...] o plano de saúde, a gente sabe que não pode ficar sem, porque a gente sabe aqui [UBS] é bem tratado e tal, mas se eu precisar de um médico para DPOC, eu não tenho. [...] aqui [UBS] mandam para outro, eu fazia através do plano de saúde. (GA1; P3).

É que eu tenho convênio. Então, como eu tenho plano de saúde [...] (GA2; P18).

Neste componente *Tendo atendimento*, observou-se que o hipertenso tem possibilidade de receber cuidados em saúde integral de três equipes de profissionais lotados nas UBS, NASF e ESF e do setor privado. Esse atendimento multidisciplinar não é uma terapia de grupo e sim um atendimento em que cada um procura informar na sua área de atuação o hipertenso para os cuidados em saúde, objetivando a mobilização do indivíduo preventivamente numa perspectiva de cuidados integrais e integrados. Esse tipo de atendimento cria um diálogo das disciplinas, uma relação e um movimento de conhecimentos entre elas.

O fundamental deste atendimento é permitir que o indivíduo comprometa-se por meio de atitudes proativas, seja coprodutor de cuidados em saúde e se conscientize das ações benéficas para viver com a cronicidade. Logo, para alguns indivíduos devido à demora do agendamento de especialidade e da marcação de exames diagnósticos terapêuticos buscam os atendimentos nos planos de saúde privados.

No componente, *Mantendo diálogo*, o hipertenso necessita manter um diálogo com os profissionais de saúde, embora exista um tempo reduzido da consulta propriamente dita, pois quando o profissional dá atenção para o hipertenso, esse consegue captar melhor as informações, tira suas dúvidas, expressa seus sentimentos, suas angústias, compreendendo efetivamente a prevenção da agudização e complicação da doença. De tal modo, que o hipertenso a cada dia fica mais ciente de suas ações, quanto às mudanças do seu cotidiano.

O hipertenso percebe que alguns médicos persistem em manter o relacionamento médico/paciente em forma de monólogo, mas nem por isso os doentes deixam de questioná-los, especialmente, quando surge um fato novo no seu processo de adoecimento.

Converso, pergunto para ele [médico], também me explica as enfermeiras, tudo. Eu tenho mais contato, assim com moça do posto, ela é enfermeira, ela mede a pressão. (GA2; P16).

Ah! Às vezes sim [questionamento] no começo quando o médico começou a fazer meu histórico, mais agora eu diminuo, só quando surgir algum fato novo, eu procuro saber. (GA2; P19).

Neste componente, *Mantendo diálogo*, percebe-se que o hipertenso, apesar de reconhecer que alguns profissionais clínicos são reservados, continua querendo



esclarecer suas dúvidas. Todavia, existem outros profissionais que estão dispostos a conversar com o doente, independente de realizar a consulta clínica, ajudando o indivíduo em seu processo de adoecimento. De tal modo, quando o hipertenso tem confiança em um determinado profissional de saúde, quer sempre retornar a ele para suas consultas e obter maiores informações, a fim de incorporar novas maneiras de se cuidar, mantendo uma interlocução entre eles.

No componente, *Confiando no atendimento clínico*, o hipertenso, além de confiar nos profissionais, quer aprender o que a equipe o aconselha, pois o encontro entre o doente e o profissional se caracteriza por vínculo único e singular que apresenta características peculiares, mantendo um relacionamento interpessoal intensificado nos vários sentimentos e mobilizam reações positivas do doente, objetivando um campo dinâmico de parcerias.

[...] desde que eu estou tratando aqui, sempre foi ele [médico] que me tratou, [...] já peguei confiança nele, sinto que ele [médico] te vê melhor, te pergunta melhor, te olha no rosto para perguntar, têm uns que nem te olha, eu não vou naquele, que nem me olha [riu]. Quando você tem confiança no médico, você quer aquele médico, é o doutor [nome do médico] [...]. (GA1; P1).

[...] no caso, já tinha ido à [nome da enfermeira]. [...] eu quero aprender. Toda a semana eu estava lá, para eu aprender. Ah! Isso foi uns seis ou sete meses, ela falou: ah! Mas a gente tem que dar vaga para os outros. Eu disse: eu só estou vindo, porque eu quero aprender [nome da enfermeira]. Eu fui um ano inteiro toda segunda-feira, assim que tinham palestras no posto. (GA2; P20).

Os profissionais investigados que atendem o hipertenso apontam que são sinceros em suas orientações. Igualmente, revelam o porquê da PA elevada e esse é o momento complicado, pois são doentes complexos. Também, procuram repassar as informações mediante os problemas maiores que o hipertenso apresente, respeitando-o e sensibilizando-o de maneira amena. Isso cria empatia e confiança entre o profissional e o hipertenso.

[...] a gente tem que convencer o paciente, ou fazendo com que ele tenha empatia por você para que acredite em você [profissionais de saúde], porque muitas vezes ele não acredita. [...] você tem que conversar com ele e tentar respeitar o paciente naquilo que ele é capaz de fazer [...] então, eu falo que a gente tem que tentar sensibilizar o paciente de uma forma amena, mais importante para que ele aos poucos reconheça, porque é difícil [...]. (GA3; P34).

O participante desta pesquisa durante abordagem ao hipertenso, falam: somos corpo, mente e espírito devendo nos cuidarmos em todas essas dimensões. Outra questão está relacionada com a cronicidade, que é para o resto da vida e precisa ingerir medicamento regularmente, de tal modo que o hipertenso procure sempre o lado positivo das coisas, pois um comportamento adequado acaba levando a outro. Assim, quando o indivíduo está bem consigo mesmo imprime sensações positivas para realizar suas mudanças comportamentais necessárias a sua saúde.

Eu sempre falo para eles que nós somos uma coisa só, corpo, mente e espírito, a gente tem que cuidar de todas as esferas. [...] a gente tem que pensar no já, sem ser negligente ou imprudente, pequenas mudanças, se você antes comia três pães no café da manhã comece comendo um, se você vem para aula de ginástica, mas não consegue fazer todos os movimentos, se mexa, pode conversar, enfim, eu sempre falo para eles fazer algo prazeroso. [...] Outra questão, é necessário eles têm que saber que são hipertensos para o resto da vida e vão ter que tomar remédio, parar com esse preconceito com os remédios, não só o da pressão arterial, eu falo para eles: pessoal, não tem que falar: eu tenho que tomar o remédio. Pelo contrário, que bom, eu vou tomar o remédio porque tem um remédio, que você consegue ter um bom controle da pressão arterial. Então, procuro sempre usar o lado positivo para eles. [...] um comportamento adequado acaba levando a outro, quando a gente está bem conosco parece que tudo dá certo, quando a gente começa a fazer exercício, começa a comer melhor, já se motiva a parar de fumar. [...] mudanças gradativas [...]. (GA3; P35).

Igualmente, os participantes investigados durante as palestras para grupos específicos de hipertensos, procuram orienta-los acerca da hipertensão, da depressão, da reeducação alimentar, do estresse, do tratamento medicamentoso, cuja finalidade é a mudança de hábitos de vida e, além disso, ficam atentos às atitudes que o hipertenso demonstra durante os encontros. Também, eles parabenizam o hipertenso que está conseguindo atingir as metas - de manter os níveis pressóricos dentro do padrão recomendado e de estar bem para sua família.

[...] a gente orienta sobre hipertensão, sempre toca no assunto. [...] se você não toma uma atitude de mudar os seus hábitos, ela vai ter complicação da doença, se continuar comendo comida salgada e gordurosa continua... Eu falo muito do estresse, eu acho que hoje em dia as doenças do momento são estresse e depressão. Então, eu acho que se a pessoa está se sentindo bem, está conseguindo identificar o que está atrapalhando a vida dela, sabe? (GA3; P33).

[...] você tem que passar a informação para ele daquilo que está acontecendo com ele, pode ser amenizado, pode ter uma vida normal como qualquer outra pessoa sadia, é só tomar os cuidados [...] está tomando remédio? E também tem que sentir o que eles passam para você, tem que dar o *feedback*. [...] nada se faz hoje em dia sem informações coerentes, fidedignas e reais. [...] então, volta e meia quando a gente faz palestra, mostra tudo isso [...]. (GA3; P38).

O componente, *Confiança no atendimento clínico*, demonstra a empatia entre o hipertenso e o profissional de saúde e quando isso não se desenvolve, o doente se sente impotente e desmotivado. De tal modo, além de suscitar confiança, cria-se uma parceria terapêutica entre eles, pois o hipertenso, segundo os participantes da pesquisa, confia tanto no profissional que só faz o recomendado pelo seu clínico ou pela equipe que o acompanha.

Na subcategoria, *Relacionando-se com os profissionais de saúde*, a partir do atendimento que o hipertenso recebe dos profissionais de saúde, seja coletiva ou individualmente, percebe que existe o primeiro passo para mover suas potencialidades de autogerir seus cuidados em saúde. Nesses encontros, o hipertenso consegue desenvolver autoconfiança, autoestima elevada, autoeficácia para aceitar e deixar-se guiar com responsabilidade e determinação a sua cronicidade. De tal modo, a equipe de saúde reconhece que o doente consegue estabelecer uma relação de confiança, objetivando as mudanças nos hábitos de vida.

#### 6.5.2 Percebendo necessidade de recursos para o cuidado do hipertenso

*Percebendo necessidade de recursos para o cuidado do hipertenso*, esta subcategoria evidencia dois aspectos mencionados pelos participantes desta pesquisa. O primeiro destaca que o sistema de saúde pode beneficiar direta e indiretamente o hipertenso, desde que hajam entendimentos de ações desenvolvidos pelos diversos profissionais envolvidos nos seus cuidados.

O segundo aspecto é que o sistema de saúde deve oferecer uma logística e infraestrutura adequadas para que os profissionais de saúde desenvolvam suas práticas. Assim sendo, realizar mais contratações de médicos e de outros

profissionais; e a reposição de medicamento anti-hipertensivo, pois se cria expectativa do hipertenso ter a medicação gratuita, ficando frustrado quando não conseguem a aquisição mensal.

Ainda, em relação ao sistema de saúde, alguns hipertensos se frustram, quando necessitam de atendimento psicológico, pois este é moroso, já que o psicólogo faz parte do NASF e só atende os indivíduos da UBS e quando solicitado pela equipe de saúde. Em relação à prevenção, os profissionais necessitam ir às empresas, escolas, terminais de ônibus, principalmente, para aferição de PA.

[...] todos nós fazendo nossas partes, todos os profissionais, ele [hipertenso] vai sentir mais rápido que melhorou, ele não precisa de repente daqui a um mês ver os efeitos da atividade física, ele pode sentir daqui a uma semana com a nutrição, com a farmácia falando com ela, entende! Dando esse aval [...] está querendo que ele [hipertenso] fique bem, a pessoa tem que sentir isso e se ele [hipertenso] sentir dos profissionais acelera o processo [...]. Então, é o seguinte: vamos fazer uma reunião essa semana ou a semana que vem e daí a gente contatava com todos [membros] do NASF, que é o nosso esquema de apoio, olha! Eu gostaria que você fizesse uma palestra, cada um na sua área, falasse um pouquinho com os hipertensos. [...] eu acredito que a infraestrutura do processo deixa muito a desejar na minha área, se eu tivesse um local que coubesse 100 pessoas, 200 pessoas já fica a vontade. Se eu tiver uma estrutura com um material para todas essas pessoas a qualidade das aulas melhora muito, um sistema de som para todo mundo me escutar, tudo isso [...]. (GA3; P38).

Olha! Eu acho que as nossas dificuldades são a falta de médico, sabe? [...] não conseguem consultas, que passam pela enfermeira e vão tentando. [...] aqui [UBS] é mais procura mesmo, todo mês eles retornam para pegar a medicação. [...] falta de medicamento que está tendo, um mês falta isso, outro mês falta aquilo. [...] eu também gostaria de ter mais tempo para atender esses pacientes, mais disponibilidade, mas já teve três médicos na unidade e a gente deu para ver que isso flui bem [...]. (GA3; P29).

[...] não tem psicólogo, eu acho que seria importante. Então, eu acho que têm que ter divulgação, mais campanha de aferir pressão, eles sempre fazem diagnósticos de outras pessoas que são hipertensas que não sabem. [...] mudar um pouco, porque a gente fica na unidade esperando os pacientes, mas se tivesse mais profissionais a gente poderia ir às empresas, escolas, em outros locais, em terminal de ônibus [...]. (GA3; P31).

Os profissionais de saúde investigados percebem que existe uma lacuna no repasse das informações acerca de medicamentos e no atendimento à saúde do homem. Logo, ambos os sexos necessitam providenciar *check-up* cardiológico na própria UBS. Em relação a alguns profissionais, especificamente, o ACS, este pode fazer a captação dos hipertensos eficazmente, apesar de que eles realizam visitas

por micro áreas, e, frequentemente, o hipertenso está trabalhando fora de seu domicílio, dificultando a captação.

Ainda, o profissional desta pesquisa assinala que necessitam traçar estratégias às campanhas para atingir os indivíduos saudáveis, procurando detectar agravos cardiovasculares, pelo menos uma vez ao ano. Também, o responsável pela política do capital humana, pode ampliar as equipes da ESF em todas as UBS, assim os profissionais conseguem atingir todos os domicílios dos hipertensos e monitorá-los efetivamente.

Os participantes desta investigação mencionam que jamais devem desistir de acompanhar o hipertenso, estimulando-o naquilo que ele está fazendo corretamente e buscar conscientizá-lo para que avance, gradativamente, em seus cuidados.

Alguns participantes desta pesquisa apontam que ao fazer os devidos encaminhamentos devem fazê-los por escrito, principalmente, quando for o médico. Isso faz com que o hipertenso assuma o seu tratamento com responsabilidade e os profissionais terão um entendimento compartilhado do atendimento do indivíduo.

[...] com relação à medicação, elas precisariam receber uma orientação melhor da farmácia, porque tem paciente que não lê e identifica os medicamentos por cor, por exemplo: o medicamento branquinho ou amarelinho, mas muda o laboratório, muda alguma coisa e o paciente já não sabe qual medicamento que é. [...] não pode pegar a medicação na farmácia sem a devida orientação, [...] o importante é o trabalho de prevenção e informação [...]. (GA3; P29).

[...] eu acho que a gente tem que fazer um diagnóstico, na minha experiência de SUS, uma boa parte são homens [...] que não se cuidam, ou porque eles não podem faltar o trabalho ou se levar atestado o chefe vai, ou por negligência mesmo. [...] a gente poderia ter alguns horários que pudesse estar trabalhando a saúde preventiva mesmo, pessoas aparentemente saudáveis que a gente tem. Eu acho que todo adulto, mesmo aparentemente saudável, deveria fazer toda uma triagem básica anual, por exemplo, começando com um eletrocardiograma, um teste ergométrico. Dificilmente um adulto aparentemente saudável vai ser indicado para um teste ergométrico, porque os problemas acabam aparecendo mesmo em situações de estresse [...]. Então, a gente tem que pensar em estratégias para atingir isso aí, eu acho que é o acesso. (GA3; P35).

[...] basicamente seria se ele [médico] sentisse que o hipertenso, por exemplo, é para indicar para atividade, então já encaminha, ou se não, então o programa de hipertenso da unidade encaixava ele lá, está o nome. Então o que acontece? As pessoas da unidade, a responsável pelo grupo, porque tem uma responsável pelos grupos. Assim: o [nome do médico] está aqui [UBS] foi encaminhado para atividade, é hipertenso [...]. (GA3; P38).

Nesta subcategoria, *Percebendo necessidade de recursos para o cuidado do hipertenso*, a própria equipe de saúde reconhece que falta proporcionar mais condições de cuidados em saúde ao hipertenso, independente de estarem na UBS ou no NASF e/ou na ESF, pois necessita dialogarem e compartilharem os atendimentos, cuja finalidade é traçar metas e, ao mesmo tempo, cuidados para o indivíduo, especialmente, quanto à prevenção dos agravos.

Na categoria **Sendo atendido no sistema de saúde**, o hipertenso requer atendimento solidário e integral, pois o indivíduo necessita de informações para alcançar seu alvo, que é a melhora do seu processo de adoecimento a cada dia. Os profissionais reconhecem que o sistema de saúde tem falhas de insumos e da logística do atendimento do hipertenso. Esse último é devido apresentar diversidades no processo de trabalho das equipes.

## 6.6 EXPERIENCIANDO ATITUDES E AÇÕES NO CONTROLE E TRATAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

Esta categoria destaca as posturas e ações para melhorar os hábitos de vida, que o hipertenso alega ter adquirido como transformação do seu cotidiano, sendo considerada consequência para vivenciar a autogestão dos cuidados em saúde. De tal modo, foram encontradas cinco subcategorias elencadas: *Motivando-se para o cuidado*; *Realizando atividades e exercícios físicos*; *Alimentando-se corretamente para o controle da HAS*; *Acompanhando os níveis pressóricos* e *Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa*.

Evidencia-se categoria, subcategorias e componentes no DIAGRAMA 9.

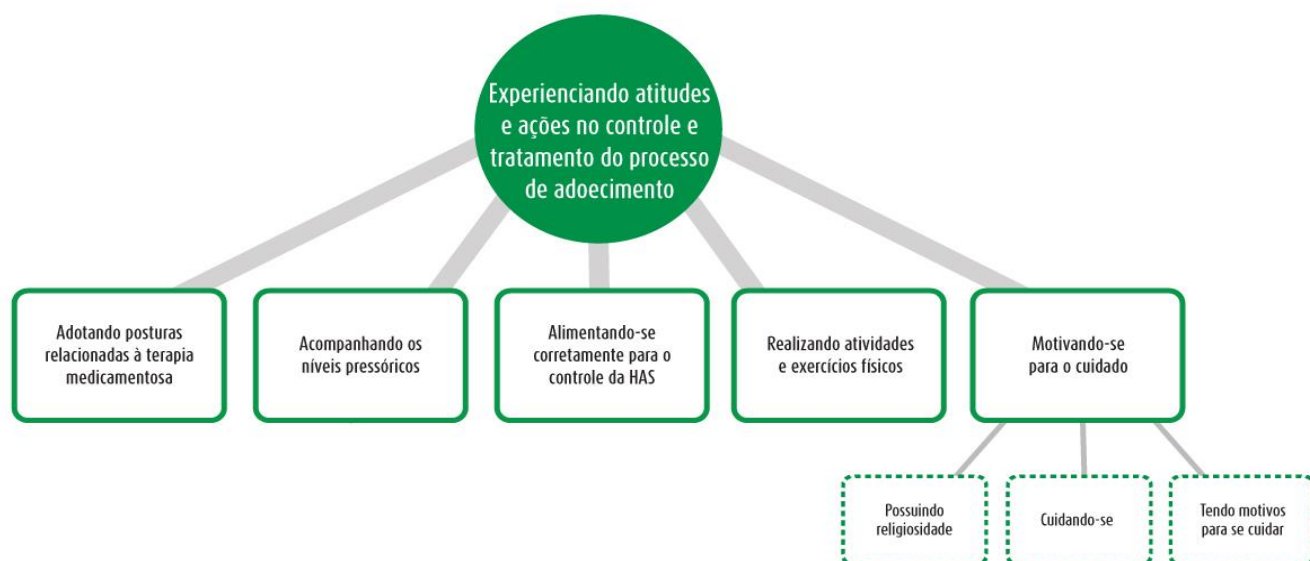


DIAGRAMA 9 - EXPERIENCIANDO ATITUDES E AÇÕES NO CONTROLE E TRATAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES

FONTE: os Autores (2014)

#### 6.6.1 Motivando-se para o cuidado

Na subcategoria, *Motivando-se para o cuidado*, observa-se que o hipertenso busca razões benéficas para conviver com o processo de adoecimento, procurando não seguir o caminho de seus pais e familiares, os quais não tiveram oportunidades de realizarem a prevenção, o controle e o tratamento para hipertensão.

Desta forma, ele quer viver intensa e saudavelmente com seus familiares, mantendo relações interpessoais e tendo sentimento que o impele a reconhecer a divindade, independente de um culto determinado. Neste sentido, emergiram três componentes como: *Tendo motivos para se cuidar*; *Cuidando-se* e *Possuindo religiosidade*.

No componente, *Tendo motivos para se cuidar*, percebe-se que o hipertenso quer estar, ficar e viver bem a cada dia, assim os aspectos emocionais e cognitivos positivos fazem parte do seu cotidiano. Desta forma, o indivíduo não quer seguir o exemplo de seus familiares como mãe, pai, mas quer conviver e sadiamente com seus netos, filhos, marido e demais familiares. Assim, o hipertenso quer ser modelo para sua família.

[...] minha mãe faleceu com 48 anos [...] época que ela faleceu, faz 22 anos, mas não tinha tanta coisa que nem hoje em dia. E como ela faleceu muito cedo, então, pensei – minha mãe foi muito cedo, eu sofri muito. Então, que nem o médico falou: se eu não me cuidar, o meu caminho é o mesmo. Então, não queria que os meus filhos passassem por isso [doença]. [...] como eu tenho minha filha de 25 anos, eu quero ver meus netos. Então, eu tenho que me cuidar. [...] que nem eu falei: é para viver. [...] eu quero fazer por mim e por meus filhos, pelo meu marido. (GA2; P18).

O hipertenso quer dar exemplo de comportamentos saudáveis para sua família, procura ensinar ações benéficas para seu descendente.

Também, a família é um dos motivos para que o hipertenso se cuide, pois o indivíduo quer viver mais, e para isso motiva-se para estar bem e poder conviver e cuidar de seus familiares.

[...] eu acho que a família ajuda, principalmente, a gente quer viver mais por causa de filho, a minha neta, agora. Acho que depois que nasceu a minha neta [...]. Deu mais motivo, ela me motiva mais, entendeu! Ela está com três aninhos agora, então foi um motivo a mais, eu fiquei com mais vontade de me cuidar na medida do possível. (GA2; P15).

De tal modo, o hipertenso denota o medo da morte precoce e das ameaças que as complicações possam acarretar durante a fase produtiva, que impedem o indivíduo de viver em todas as suas dimensionalidades.

Ah! A gente tem medo que dá mais problemas, [...] se você não cuidar da hipertensão [...]. Foi um susto mesmo, porque quando eu vi a minha pressão muito alta [...] eu fiquei com medo de morrer mesmo. [...] se eu não levasse o susto, eu acho que eu não teria me cuidado. [...] ah! A gente deixa de lado a saúde, enquanto você está podendo fazer tudo, não percebe nada de diferente, continua fazendo, comendo mal, depois uma hora leva um susto é que fui me cuidar na alimentação e nas caminhadas que faço [...]. (GA2; P24).

Outra situação observada é que o profissional de saúde passa a ser imitado pelo indivíduo com hipertensão desta pesquisa.

[...] tem a [cita o nome da enfermeira] que ela sempre foi gorda e ela tinha feito redução do seio [mama], ela teve um filho e quase não tinha mais seio, ela tem bem pouquinho. Se você um dia olhar para ela, você vai ver [ela emagreceu]. Eu falei assim: pô, se ela conseguiu, tudo bem que ela fez..., eu vou conseguir sim, me incentivou bastante. (GA2; P20).



Quando investigamos o profissional de saúde, percebe-se que corrobora com o hipertenso quanto a querer viver para seus familiares, ele quer se cuidar para ter mais saúde e uma vida repleta de felicidades a cada dia, por conseguinte, está prevenindo suas complicações e sua morte precoce.

Ainda, o hipertenso quer viver com autoestima elevada e qualidade de vida, tendo a sensação de que tudo está melhor. Deste modo, é um indivíduo com atitudes positivas e decisivas.

[...] para o meu bem. Para o meu bem-estar, para minha vida, meu dia a dia, para eu ser feliz. (GA2; P26).

Se eu não me cuidar, eu morro [...]. Se eu não fizer, a tendência é logo ir. Então, eu quero viver, porque que nem o médico fala: hipertensa, diabética, não se cuida com alimentação, não faz atividade, a tendência é morrer cedo. (GA2; P18).

É para não ter nada, nenhum susto, de repente está andando por aí e tem um infarto, um derrame, uma coisa assim mais complicada. Então, tem que se cuidar [...]. (GA2; P20).

[...] primeiro por causa do rim e depois para ter uma melhor qualidade de vida. Se cuidar mais para quando chegar à velhice, para viver mesmo. É o próprio amor assim que a pessoa tem a si mesmo, é querer prolongar a permanência aqui, que a gente está de passagem. A gente sabe! Que se a gente se cuidar um pouquinho melhor, a tendência é prolongar um pouco mais, viver mais e da melhor maneira possível. (GA2; P19).

O hipertenso busca o bem-estar físico, mental, e espiritual, procurando entender mais a vida e tendo mais compaixão com os mistérios da vida, pois quer prolongar sua permanência na terra.

Quando investigamos o profissional de saúde quanto aos motivos que o hipertenso tem para se cuidar, observou-se que “depende muito da cabeça da pessoa, depende muito da vontade de querer [...]. (GA3 P38)”. Isso reflete na individualidade e na vontade subjetiva que cada hipertenso tem em buscar a motivação para se cuidar.

No componente, *Cuidando-se*, o hipertenso depende do fator biológico, emocional, cognitivo, cultural, social e espaço-temporal, pois o doente tem um comportamento proativo para como os hábitos da vida, procurando se cuidar, evidenciando o impacto que a hipertensão acarreta para ele como um mal-estar físico, emocional e cognitivo. Desta forma, o hipertenso continua se cuidando à medida que vai afetando visivelmente partes do seu ser, seja nas dimensões fisiológicas, emocional ou cognitiva. A partir da autoeficácia, autocontrole,

autoavaliação e autoconfiança, ele começa a se conscientizar de que é um indivíduo crônico, isso reflete sobre atitudes frente ao processo de adoecimento. Ainda mais quando tem exemplo na família de hipertenso com complicações, assim efetivamente começa a focar no cuidado, ou seja, autogerir seus cuidados em saúde.

[...] estou cuidando de mim, eu não digo: eles cuidam de mim, falam: Oh! Isso, isso, mas eu tenho que gostar primeiramente de mim. Se eu não gostar de mim, quem que vai gostar? Então, eu gostando tenho que fazer as coisas por mim e não por ninguém [...] e como ela faleceu muito cedo, então, pensei – minha mãe foi muito cedo, eu sofri muito. Então, que nem o médico falou: se eu não me cuidar, o meu caminho é o mesmo. [...] eu tenho um caso hereditário na família, minha mãe faleceu de diabetes e meu pai também é hipertenso e também tem diabetes. Então, eu sou de risco. (GA2; P18).

Existem hipertensos com determinados hábitos de vida, como a ingestão de alimentos com pouco teor de sal e gordura, bem como verduras, frutas, farinha de linhaça, farelo de aveia e iogurte. Outros doentes realizam exercícios físicos em grupo estruturado como ginástica e alongamento, outros fazem caminhadas ao ar livre e fisioterapia de joelho e coluna para prevenção de doenças do sistema musculoesquelético.

Igualmente, eles aderem ao medicamento anti-hipertensivo, costumam ir à consulta clínica e realizam exames de rotina.

Ah! Eu cuido assim, menos sal na alimentação e exercício, fisioterapia, atividade física e cuido com a alimentação. [...] melhora em todos os sentidos. [...] então, chega à tarde, eu vou de novo, eu faço especialidade coluna e joelho de novo. Então, é um dia que eu esqueço o resto. [...] exercício físico que eu estou vindo, está me fazendo muito bem. (GA2; P17).

[...] tomar remédio certinho, fazer os exames, consultar quando precisar, os médicos estão ali, então, a gente tem que procurar ajuda, porque são os profissionais que podem ajudar a gente. [...] exercício físico, caminhada [...]. (GA2; P15).

À medida que vai refletindo sobre seu processo de adoecimento, o hipertenso se permite observar e interagir com os acontecimentos e fatos, conforme a narrativa “[...] procurar saber das coisas que fazem bem para pressão, que ajudam a manter a pressão normal (GA1; P7)”, começando a socializar e a aprender a viver

um tanto melhor “[...] eu gosto de sair [...] eu gosto de falar. Se eu ficasse em casa eu ia ficar deprimida (GA1; P26)”.

As narrativas do profissional de saúde corroboram com a narrativa daquele hipertenso que realmente se cuida, que está orientado acerca do seu processo de adoecimento, pois está bem esclarecido, e, portanto, faz o seu controle e tratamento da hipertensão.

Eu acho que é uma pessoa que está bem orientada sobre a situação [...] é um indivíduo que está sabendo o que está acontecendo e se cuida na verdade [...] deve estar com alimentação mais ou menos controlada, sabe [...] eles querem fazer exames em intervalos regulares, não ficam uma ou duas semanas sem tomar remédio. Então, acho que é uma pessoa que está esclarecida da situação dele e que faz o controle certinho [...]. (GA3; P32).

No componente *Cuidando-se*, fica evidente que o hipertenso (con)vive, de modo intenso a cada dia, realiza ações que fazem bem para o controle da sua PA, independentemente de estar trabalhando fora ou em domicílio, deixando a falta de atividade de lado e procurando ter qualidade de vida.

Quando o hipertenso desta pesquisa vai ao médico é para ter um acompanhamento, receber aconselhamento, fazer exames, obter adequação do medicamento anti-hipertensivo, controle do estado de saúde, monitorização da PA. Assim, faz um acompanhamento efetivo para evitar a automedicação e prevenir as complicações.

Eu vou porque é um acompanhamento para ver como é que eu estou, faço os exames de três em três meses, de seis em seis meses, para ver se o remédio está certinho, porque o médico falou que não adianta eu tomar remédio sem ir ao médico, porque às vezes tem que aumentar, às vezes tem que diminuir, por isso tem que fazer o acompanhamento. [...] se ele [médico] quer me ver mês que vem, ela já marca. Se ele quer me ver daqui a dois meses, ela já marca também. (GA2; P18).

[...] nisso que a gente tem que trabalhar, na prevenção. [...] aí se você tem um problema, tem que juntar a prevenção com o cuidado, o acompanhamento. [...] O médico para acompanhar, porque eu sou daquelas que não gosto de tomar nada que não seja receitado. Porque é o médico que vai saber se você precisa, o que você pode tomar e o que não pode. Então, eu não gosto de automedicação [...]. (GA2; P19).

Do mesmo modo, quando o hipertenso vai à consulta clínica leva receita, carteira de identificação do usuário da UBS e resultados de exames durante o atendimento. Essa ação que o indivíduo faz demonstra que está autogerindo sua doença.

[...] trago só a minha carteirinha do hipertenso que fica na minha bolsa, e na minha carteirinha tem tudo e nessa faz um ano e meio que eu estou com essa carteirinha, então ali eu tenho [registrado] a PA, tem a diabetes, peso, tudo certinho, que antes era mensal, agora é trimestral ou bimestral. (GA2; P25).

Quando investigamos os profissionais de saúde, estes mencionam que o hipertenso tem satisfação de ir ao médico para verificar como está seu estado de saúde e receber orientações para o controle e tratamento do processo de adoecimento.

[...] Então, eu percebo que eles se cuidam, consultam muito o médico, às vezes é um problema, até chegou ao extremo de uma senhora no grupo, eu peguei o prontuário e fiz um histórico, porque um dos objetivos era mostrar a redução nas consultas médicas desnecessárias de quem participa do grupo e ela em um ano foi 17 vezes no médico, então quer dizer que é uma consulta a cada duas semanas e meia ou três, ela não tinha nada fora a pressão arterial e o diabetes controlado. Ela parou de ir depois que começou a ir ao grupo. Então tem a questão do vínculo da solidão que eles vão ao médico, também do “hipercuidado”, então acabam se cuidando muito, acabando indo muito no médico, [...] quem cuida da pressão gosta muito de olhar a pressão, é hábito, qualquer lugar que eles param eles veem a pressão. [...] eles cuidam bastante da saúde. (GA3; P35).

A motivação que os conduzem à consulta clínica é a prevenção e para o ajustamento da medicação anti-hipertensiva. Desta forma, o hipertenso procura ser acompanhado pelo médico da UBS para avaliação clínica, exames de análises laboratoriais, diagnóstico terapêutico e verificação da adaptação do anti-hipertensivo. O indivíduo espera que o médico o aconselhe quanto aos cuidados em saúde, principalmente, quanto à doença de hipertensão e suas complicações, fazendo os devidos encaminhamentos para os outros profissionais de saúde, assim o hipertenso é acolhido por uma equipe interdisciplinar.

Logo no componente *Possuindo religiosidade*, percebe-se no hipertenso desta pesquisa, a existência de um sentimento que o conduz a reconhecer a divindade, independentemente, de qualquer tipo de culto apontado.

Ah! Eu peço para Deus me ajudar. Eu gosto, eu leio muito também sobre espiritismo, então eu peço também ajuda para o espírito de luz, sei lá, eu acho que alguma coisa ajuda [...]. (GA2; P23).

Eu tenho muita fé, eu sou devotíssima da Nossa Senhora Aparecida, eu peço muito para ela me dar saúde, eu peço para ela me deixar viver mais uns vinte anos, eu peço para que não me aconteça nada de ruim, essas coisas que todo mundo almeja. (GA1; P9).

Na verdade, eu sou o tipo de pessoa que encara a vida de maneira diferente. Eu acredito que todo mundo tenha que viver a sua vida pelas próprias forças. Eu vivo as escrituras sagradas. [...] Eu gostaria de fazer uma revelação que foge um pouco ao entendimento da medicina, das pessoas. Mas, é algo relacionado a quem nos criou. Todo mundo crê que Deus existe e, é verdade, Deus existe. Todo mundo sabe que existe a palavra de Deus e a palavra faz maravilhas [...], mas é o poder que ela exerce dentro de nós. E sem esse poder é impossível nós enfrentarmos todas as coisas. (GA1; P8).

A narrativa do profissional de saúde em uma de suas intervenções corrobora com a narrativa de religiosidade do hipertenso, pois permite que o hipertenso expresse sua crença, independente de qual credo ele confie, assim o respeita em sua individualidade.

[...] no final de alguns grupos, eles gostam às vezes de fazer uma oração, eu acho interessante, eu não proíbo, mas, quem quiser fazer a sua oração, respeitando um a do outro, fica à vontade, porque isso é importante para eles, então a gente acaba respeitando as questões pessoais [...]. (GA3; P35).

Ainda no componente, *Possuindo religiosidade*, percebe-se que o hipertenso pensa em uma força maior para que o ajude a superar aqueles momentos de aflições frente aos conflitos familiares, trabalho e ao processo de adoecimento. Neste sentido, surgem a confiança e a fé em Deus. Essa crença faz amenizar tais desordens. O indivíduo quando acredita em uma divindade superior consegue buscar forças em seu criador, para quaisquer dificuldades, problemas que se possa imaginar – sempre busca Deus – seja de qualquer credo religioso.

Nesta subcategoria, *Motivando-se para o cuidado*, o indivíduo procura permanecer motivado de tal modo que vive intensamente com sua família, busca se cuidar e acredita em uma força divina.

#### 6.6.2 Realizando atividades e exercícios físicos

Na subcategoria, *Realizando atividades e exercícios físicos*, o hipertenso institui um hábito de saúde quanto à atividade e ao exercício físico, independentemente de ser monitorado ou não pelo profissional de educação física,

pois percebe que está controlando e tratando sua hipertensão com essas ações efetivas.

O hipertenso investigado aponta como motivos para aderência aos exercícios físicos: o bem-estar mental referindo-se a depressão, e a convivência. Igualmente, o bem-estar físico no que tange a diminuição de algia, combate a obesidade e fortalecimento muscular.

[...] eu me sinto melhor com o meu corpo. Tudo de bom, porque eu caminho, eu converso, eu saio, conheço pessoas. Ah! Eu me sinto bem, fisicamente, mentalmente, eu me sinto bem. (GA2; P25).

[...] o que me motiva são várias coisas, tanto pela oportunidade de fazer uma atividade física, tanto para rever as amigas, as pessoas, bater um papo e um ambiente mais alegre. [...] também pela própria convivência, querer ter um convívio com mais pessoas, ver gente é bom, porque meu problema diminui. [...] para dar uma estrutura melhor para o corpo, para tua vida. Na verdade, porque sem exercício o corpo morre, porque ninguém vive sem movimento, então às vezes eu sinto que também melhora toda a parte da saúde. (GA2; P19).

[...] eu me sentia muito gorda, barriga enorme. Eu estava com quase 90 quilos, comecei a atividade que me motivou [...]. Para mim o principal é que eu comecei a emagrecer, comecei a gostar. [...] para manter a saúde [...] estou na atividade para conseguir viver. (GA2; P20).

[...] eu entrei meio que em uma leve depressão, fiz tratamento também [...] está sendo muito bom [exercício físico]. (GA2; P15).

[...] Ah! Quando eu faço os exercícios eu me sinto muito bem, eu não sinto dores, o meu colesterol abaixa, minha glicemia abaixa, sabe! A minha pressão eu mantenho controlada. (GA2; P17).

Outros motivos que o hipertenso tem para a realização de exercícios físicos é a prevenção de comorbidade e o tratamento para desgastes no joelho e hipertensão. Isso faz com que o indivíduo sinta-se melhor com uma sensação de relaxamento e bem-estar.

De tal modo, realizar exercícios físicos seja na modalidade aeróbica, como caminhada e ginástica, e/ou flexibilidade, como alongamento, são maneiras de sair do sedentarismo. Assim, para o hipertenso os exercícios são considerados ações também para autogestão de cuidados em saúde.

Igualmente, o hipertenso aprende a fazer exercícios físicos para realizar em seu domicílio.

Primeiro eu comecei a fazer por causa, que o médico pediu, por causa da diabetes e por causa da pressão alta. [...] é mais para acabar com a dor. [...] parece que fazer isso dá uma relaxada. (GA2; P23).

[...] o que me motivou mesmo no início na atividade física e com a fisioterapia foi artrose nos joelhos. Ah! A pressão, até então, ela estava na boa, porque eu estava conseguindo controlar ela, Então na boa, ela não incomodava. (GA2; P17).

É o cuidar da saúde, porque para fazer alongamento, para o organismo não ficar travado, porque eu estava ficando com a coluna travada, o corpo, a musculação travada, andava doendo demais. Daí eu procurei bastante médico e remédio e o exercício foi o único que começou a ajudar. [...] ficar junto com o povo aqui [UBS] distrai bastante a gente. (GA2; P28).

Aqui [UBS] venho buscar instrução, mais técnica, o mais certinho para poder fazer em casa, eu busco essas informações aqui, faço aqui para depois fazer em casa [...]. (GA2; P26).

Indivíduo hipertenso está convivendo com outros hipertensos ou outras relações nos grupos estruturados permitindo interação efetiva e/ou afetiva, modificando-se e transformando-se. Isso faz com que haja contatos de base físicas e emocionais entre o grupo de pertença. Também, procura realizar atividade física em domicílio, pois busca aprendizagem durante os exercícios físicos orientados.

Afinal, percebe-se que a motivação deste grupo pesquisado está relacionada às situações físicas e emocionais, principalmente, devido à convivência com outros indivíduos que vivenciam as mesmas adversidades que a vida os impõe.

O hipertenso desta pesquisa assinala que existem as sensações emocionais e físicas depois da cada realização de exercícios aeróbicos (ginástica e caminhada) e de flexibilidade. As sensações que o indivíduo apresenta são agilidade, boa disposição, humor elevado positivamente. Logo, as sensações físicas são a diminuição de algia, controle da PA, emagrecimento, diminuição do estresse, fadiga e insônia.

Assim, o hipertenso quando quer mudar seus hábitos de saúde, aprende e se sensibiliza independente de ter diminuída a qualidade dos exercícios físicos como alongamento e caminhada, somente tendo o cuidado de sair da zona do sedentarismo.

O hipertenso menciona que ao terminar algum tipo de exercício físico, surge uma sensação de prazer instantânea conectada à conquista de uma meta alcançada. De tal modo, que o indivíduo fica empolgado e estimulado para voltar ao seu domicílio e a retornar em outro dia para esta atividade, bem como tem vontade de viver com ânimo, trazendo-lhe bem-estar físico e mental.

[...] Eu acho assim, que eu fiquei mais animada, mais alegre, eu acho que foi bom também [...] ah! É porque eu acho que está sendo bom para mim, meu corpo fica bem melhor, eu fico mais disposta, mais animada para fazer os trabalhos de casa. (GA2; P16).

[...] nossa! É muito bom, muito bom mesmo, você sente a dor ir embora, é uma maravilha, você sai outra pessoa, animado [...] para fazer as outras coisas do dia, fica bem animado. [...] melhora bastante, porque você não tem aquele nervoso. Diminui o nervoso com os familiares, com as crianças, às vezes fica nervosa por causa de uma TPM, isso [exercício físico] ajuda muito. Acho que foi o que mais melhorou para mim, foi a parte de ficar nervosa, e assim diminuiu bastante. [...] esse alongamento que faço ajuda muito, fica melhor de levantar, levanto animada. (GA2; P24).

Ah! Eu emagreci, porque na verdade eu estava engordando mais porque a minha mãe faleceu eu fiquei com depressão [...] foi angústia. Eu comecei com a caminhada e fui diminuindo [peso]. É bom porque o ego vai lá em cima. Então cada vez mais eu quero, porque eu gosto, eu adoro caminhar, ginástica, atividade física que a gente faz, e faz muito bem [para a saúde] [...]. Nossa! Aquele dia assim é um dia maravilhoso [...] seu corpo se sente bem, Sabe! Quando o corpo se sente bem, você abaixa e não sente dor e na minha idade, tem gente que na minha idade já é cheia de dor [...]. (GA2; P18).

Desta forma, o exercício físico (ginástica e caminhada) e de flexibilidade, independentemente de ser orientado ou não, é considerado fundamental para a diminuição da PA, desde que seja realizado regularmente, pois existe uma sequência de movimentos ordenados das partes do corpo com um objetivo a ser cumprido.

A percepção do hipertenso quanto aos exercícios orientados, ou não, está vinculado à qualidade, pois em domicílio não consegue completar as atividades, normalmente, preconizadas pelo profissional de educação física. Existe hipertenso que realiza exercício físico, em domicílio, independente de ter equipamentos, dando continuidade as ações de controle e tratamento do processo de adoecimento.

A diferença é que aqui [UBS] você tem uma hora para fazer o exercício, você procura fazer aquilo certinho, em casa, você faz um ou dois e acabou. E aqui [UBS] não, você tem um tempo para fazer, são 50 exercícios e lá [casa] eu não faço [...] nas primeiras vezes que eu vim para fazer os exercícios, eu chegava em casa, queria sentar e ficar acomodada, estava cansada, não queria saber mais de nada. Agora não, agora eu chego em casa e continuo o que eu deixei por fazer, volto e continuo. Demoraram uns quatro meses até eu me adaptar. (GA2; P26).

[...] tenho esteira, mas eu nunca uso. Olha! Eu acho perda de tempo ficar ali correndo nela, sendo que a gente pode sair andar. (GA2; P20).



[...] Eu tenho, tenho aquele simulador de caminhada e aquela bola. Sabe, aquela bola? Eu tenho esses dois e aqueles pesinhos de quando eu fazia academia, mas aquilo lá eu nem usava. [...] em casa eu faço o alongamento e saio para caminhar [...]. (GA2; P18).

O hipertenso percebe que atividade diária é benéfica para a musculatura e postura corporal e tem consciência de que corpo está em movimento, procurando seguir as recomendações do profissional de educação física durante o exercício físico na UBS. De tal modo, que o enfermo tem percepções após realização de atividade física em domicílio, pois ao exercitar-se com os afazeres domésticos mantém correção da postura, consequentemente, gastam energia.

[...] quando eu vou pegar um balde com água, eu procuro corrigir na maneira de me abaixar, no erguer o balde, passar o pano numa casa ou mesmo lavando uma louça, manter a coluna ereta, então tudo isso eu faço em casa, eu procuro fazer, vou cortar uma grama, eu procuro me cuidar, porque eu sei que se eu não tiver o cuidado, o prejuízo é meu. Eu procuro fazer o que eu aprendi aqui [...]. (GA2; P26).

Quanto às percepções após realização de atividade e exercícios físicos, os participantes levam em consideração a convivência com outros indivíduos. Isso faz com que ao chegar ao domicílio esteja mais estimulado a fazer seus afazeres domésticos, consequentemente, trazendo benefícios para sua saúde. Igualmente, em domicílio prefere realizar caminhadas e afazeres domésticos e flexibilidade como subir e descer escadas, conforme aprendizagem durante os exercícios físicos orientados.

Na subcategoria *Realizando atividades e exercícios físicos*, são comportamentos que o hipertenso incorpora, pois fazem com que ele movimente diferentes segmentos do corpo e gaste energia. Isso traz benefícios para sua saúde, principalmente, a redução dos seus níveis pressóricos e dos fatores de riscos para as condições crônicas de saúde. O indivíduo procura estar em movimento independentemente de ser orientado ou não, pois com isso sente-se que melhora a sua algia.

### 6.6.3 Alimentando-se corretamente para o controle da HAS

A subcategoria, *Alimentando-se corretamente para o controle da HAS*, configura-se na reeducação alimentar e na redução de sal e gordura que o hipertenso assume para sua autogestão dos cuidados em saúde no dia a dia.

As razões para alimentar-se adequadamente que o participante desta pesquisa menciona é para melhorar sua saúde e seu bem-estar, isso contribui para combater hipertensão, diabetes, dentre outras. Assim, quando o indivíduo faz uma reeducação alimentar, é considerada uma atitude afirmativa para sua saúde, pois começa a repensar sobre si mesmo e suas verdadeiras vontades. De tal modo, que melhora o seu viver, servindo de exemplo para sua família e para suportar o próprio trabalho, o que é, às vezes, conflituoso.

[...] eu levo o meu próprio bem-estar, que se a gente analisar bem é melhor a gente saber se alimentar, embora eu não possa dizer que eu sou cem por cento, mas eu faço o máximo que posso. Mas, eu vejo que tem gente que fala: ah! Mas eu como de tudo, tomo remédio. [...] porque embutido para mim não faz bem, o meu próprio estômago já não aceita mais nada, então eu como coisa um pouco mais leve, mais saudável. [...] eu me cuido desde alimentação com baixa gordura e sal e tudo, eu tirei as frituras, cortei o doce, porque tenho diabetes [...]. (GA2; P19).

[...] a saúde, porque a única coisa que eu tenho além da pressão, a diabetes, eu não tenho colesterol, triglicerídeos, não tenho nada, assim. (GA2; P17).

Para eu manter a minha saúde e para eu incentivar a minha filha também a ter bons hábitos alimentares. (GA2; P25).

O participante desta pesquisa tem um modo adequado de se alimentar, com os nutrientes necessários para sua saúde, bem-estar físico e ajudar sua família na manutenção de hábitos saudáveis quanto à alimentação.

Quanto ao entendimento de uma alimentação adequada e comer direito, o participante percebe que alimentação adequada é o modo apropriado de se alimentar e comer direito é a maneira considerada correta de ingerir os alimentos, mastigando-os e saboreando-os com eficiência.

[...] não comer besteira. eu não sou de comer. Olha! Acho que faz uns 4, 5 meses que eu comi pizza [...] ainda foi porque a minha filha fez em casa, ela convidou a gente. E quando eu como, eu como dois pedacinhos, porque eu não gosto de massa, a única massa que eu gosto é o macarrão, mas tem gente que sexta, sábado e domingo só comem massa, [eles] tem preguiça de fazer, eu não tenho preguiça de fazer comida. Eu não gosto de comer fora, porque, sei lá, às vezes a comida é muito salgada [...]. O médico me ensinou que é comer na hora certa e o alimento certo [...]. (GA2; P18).

Precisa carboidrato, legumes, verdura, isso tem que ter para uma vida saudável. Tem que ter coisas saudáveis, então eu acho que é isso. É uma comida, desde que você saiba comer com prazer e que te dê o bem-estar e goste. [...] é um prato colorido, eu tenho tudo o que o meu corpo precisa, o que eu preciso para ter saúde. (GA2; P26).

Neste aspecto, alimentação adequada e comer direito, evidencia-se que o hipertenso consegue compreender quão fundamental é alimentar-se com nutrientes necessários para sua saciedade. Desta maneira, consegue manter o peso e ingerir todos os nutrientes necessários para a manutenção da saúde com os alimentos saudáveis de acordo com a sua necessidade.

Quanto à diminuição do teor de sal, o participante revela que o motivo dessa ação é o controle da PA dentro dos padrões recomendados. Ainda, o hipertenso percebe o aumento de sal mediante o paladar, pois o indivíduo fica tão sensível que o organismo já responde negativamente ao cloreto de sódio, apresentando um mal-estar físico.

Outro motivo que o hipertenso desta pesquisa menciona com relação à diminuição do sal é devido à retenção de líquido no organismo observado por meio do edema, mal-estar, cefaleia, apresentando um desconforto físico e emocional.

O motivo principal foi à pressão arterial e eu me adaptei a isso. Tanto que o meu arroz é praticamente sem sal, a salada também, eu coloco um “oleozinho”, um limão e o mínimo de sal em tudo. [...] ele [sal] não me faz falta com o alimento [...]. Eu uso o sal marinho também. (GA2; P25).

[...] eu vou à casa de alguém, que nem domingo eu fui num aniversário e eu não comi, se eu comi foi uns dois pedacinhos de carne, porque estava muito salgada e daí para mim o paladar fica [diferente]. Então, eu prefiro comer sem sal que comer com muito sal. Sabe, quando parece que queima a boca, assim queima por dentro, o lábio fica... [...] eu não estou acostumada a comer. E o pessoal, ainda mais os jovens, que eles gostam de sal. É impressionante! (GA2; P18).

Ah! Parece que ele retém líquido no organismo, fica mais inchado, você se sente mais inchado, Assim, tu sentes inchado, sente mal mesmo, dor de cabeça, às vezes também pode dar ou até mesmo o organismo fica outra coisa, você fica bem pior. (GA2; P24).

O hipertenso pesquisado aprende a ingerir alimentos com pouco sal, assim consegue perceber o teor de sal nos diferentes alimentos oferecidos a ele. Nos alimentos que o hipertenso ingere, principalmente nas saladas, pode colocar outros condimentos como tempero, substituindo o sal, pois ele sabe que cloreto de sódio faz mal para sua saúde, especialmente, para o controle da sua PA.

Ingerindo líquidos e chás de plantas medicinais, o participante além de fazer uso de ingestão de água para reposição de líquido corporal, também consome outros tipos de líquidos como chimarrão, sucos, chá preto, refrigerante e chás de infusão de plantas medicinais.

A hidratação é fundamental para os indivíduos, pois às vezes o anti-hipertensivo está associado a um diurético, assim abastece a eliminação de eletrólitos como sódio e cloreto, pois atua nos rins aumentando o fluxo urinário. Desta forma, é aconselhável fazer uso desses líquidos, preferencialmente, sem adição de açúcar, assim começam a instituir hábitos de vida saudáveis.

O chá é só às vezes eu tomo aquele mate leão. Eu tomo chimarrão [...]. (GA2; P28).

Bom, o que o médico fala, tem que tomar o medicamento, cuidar da alimentação e tomar bastante líquido. [...] daí eu tomo bastante líquido que eu preciso para o meu rim também [...] não consigo tomar muita água, eu preciso pelo menos dois litros de água, eu tenho que tomar para fazer bastante xixi e não dar infecção de bexiga, porque quando eu fiz [cirurgia] do rim, eu tinha muita infecção, daí deu uma equilibrada na infecção. (GA2; P21).

[...] ah! Uns 4, 5 copos de 200 ml. A gente deixa as garrafas na geladeira, à noite a gente levanta, toma água [...]. (GA2; P27).

Ainda há chás medicinais considerados calmantes. A ingesta desses, com os medicamentos e em jejum, ajuda diminuir a PA. Os chás mais mencionados foram capim limão, hortelã, carqueja, sete ervas medicinais, erva cidreira, folha de alface e maracujá, camomila, poejo, guaco, melissa, manjerição, pata de vaca, malva e laranja.

Para aquele hipertenso que não tem o hábito de ingerir água, ele se utiliza da criatividade para lembrá-lo de que precisa da água para o controle e tratamento da hipertensão.

[...] Ah! Tem dias que eu não tomo nenhum copo, eu já sei que para quem é diabético isso é ruim. Então, agora eu estou fazendo o seguinte, eu estou colocando um jarro com água na pia e um copo, então eu olho para aquele jarro e eu lembro que eu tenho que tomar água. E eu percebo isso quando eu não tomo água o quanto mal me faz, e o dia que eu tomo água regularmente [...]. (GA2; P26).

Gosto [chá]. Ah! Chá de erva cidreira e mistura capim limão, misturo vários chás. (GA2; P24).

A médica que passou, ela falou que era para tomar em jejum e ainda tomar com chá de erva doce. Ela mandava tomar muito [...] Eu tenho melissa, capim cidreira, manjerição chá, não aquele que vai na comida, hortelã. Nossa! Tem uma variedade imensa. Faço bastante chá. (GA2; P21).

A subcategoria *Alimentando-se corretamente para o controle da HAS*, aponta que quando o hipertenso fica vigilante para tal atitude, se reeducando quanto à alimentação, observa que tudo em seu organismo funciona, como o sistema cardiorrespiratório, digestório e renal. Isso traz uma tranquilidade ao hipertenso, bem como um bem-estar físico e emocional no seu dia a dia.

#### 6.6.4 Acompanhando os níveis pressóricos

Na subcategoria, *Acompanhando os níveis pressóricos*, percebe-se que a maioria dos hipertensos mencionam os níveis sistólicos e/ou sistólicos e diastólicos. Também monitoram em domicílio e/ou na UBS e farmácia, registrando os níveis encontrados.

No aspecto monitorando a PA fora do domicílio, destacam a localidade e quem afere a PA do hipertenso. Desta forma, o doente tem locais diversos de aferição da sua PA, bem como durante as consultas na UBS, farmácia, hospital e durante aquisição dos medicamentos na UBS. E as aferições são realizadas por parentes (tia, filha, irmã) vizinhas e enfermeira.

Ah! Eu venho no posto toda semana [...]. Eu não sei, mas tenho uma vizinha que tem aparelho, daí eu vou a casa dela, se o posto está fechado. (GA2; P16).

É! Eu controlo quando venho aqui [UBS]. [...] o normal é 13 por 8, 13 por 9, 12 por 8, é assim. A minha filha até tem [aparelho de PA]. A minha filha, sempre que eu peço, ela vê para mim. A minha filha fez curso de enfermagem, mas daí ela teve nenê e parou por um tempo. (GA2; P15).

A monitorização da PA é fundamental para o controle dos eventos de DCV. De tal modo, a aferição da PA pode ser realizada fora do domicílio, ou seja, nas UBS, estabelecimentos de saúde e casa de amigos. Isso é fundamental para a manutenção dessa atitude comportamental. O indivíduo independentemente de vir ao e-SUS AB somente para aquisição de medicamentos recebe aconselhamento, cria hábito de verificar sua PA regularmente e, assim, prevenir os agravos à saúde e não esperar um mal-estar súbito para tal atitude.

De tal modo, compreende-se monitorizando a PA em domicílio, se o participante tem o hábito de aferir a PA em domicílio e quem o ensinou tal procedimento. Percebe-se que o indivíduo hipertenso consegue aferir sua PA com aparelho próprio, normalmente digital, e alguns registram em formulário e, quem o ensinou foi enfermeira e o colaborador da farmácia.

Sei, em casa eu tenho aquele aparelho digital, daí eu verifico não todo dia. É que às vezes eu passo na tabelinha lá, eu deixo tudo marcadinho. [...] Sei por que eu comprei o aparelho digital [...]. (GA2; P20).

Tenho em casa. É! Que é digital. [...] acho que foi a enfermeira [ensinou] lá, era de um posto. (GA2; P21).

Quando o participante monitora a PA em domicílio, cita que aprende a aferir sua PA, pois o indivíduo consegue automonitorar seus níveis pressóricos e quando for à consulta clínica, pode informar os valores de sua PA no seu dia a dia. Desta forma, contribui para uma readequação da conduta medicamentosa dos profissionais de saúde.

No aspecto focando atenção em um ou em ambos os níveis pressóricos, o hipertenso menciona que ao ser questionado em quanto se mantém sua PA, cita somente a sistólica ou ambos os níveis pressóricos.

Às vezes, o hipertenso apresenta-se com um pico da PA sistólica, acima do valor pressórico normal, dando a impressão de que é somente naquele instante, não dá importância para tal fato e continua levando sua vida, diante das preocupações seja no ambiente familiar e coletivo.

Existem os hipertensos que apontam o nível sistólico e o nível diastólico. Assim, são importantes que o hipertenso saiba ambos os valores pressóricos, para levar a vida normalmente, sem estar preocupado com mal-estar físico súbito.

Olha! Ela [PA] é danadinha 15, 16 por 10, por 9. Quando está por 9 eu já fico mais tranquila. (GA2; P16).

Às vezes estão 14 e pouco, 14 e 8 agora, às vezes você pensa que está mais, não está. (GA2; P19).

É fundamental que o hipertenso conheça seus níveis pressóricos e os monitore regularmente para perceber a mudança. Desta forma, consegue autogerir seus cuidados em saúde com eficácia.

#### 6.6.5 Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa

Na subcategoria, *Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa*, observa-se que o hipertenso tem vários modos de proceder com o tratamento medicamentoso quanto à regularidade de ingestão do anti-hipertensivo, os horários e períodos, o local onde deixa o medicamento, a reposição, sabe que ao viajar precisa levar o medicamento anti-hipertensivo. Alguns hipertensos esquecem-se dos nomes de anti-hipertensivo, contudo apresenta percepção quando o invólucro do medicamento anti-hipertensivo está alterado.

Percebe-se que os hipertensos, depois de diagnosticados, ingerem medicamentos anti-hipertensivos como medidas de prevenção, pois os níveis pressóricos elevados podem desencadear complicações atingindo os órgãos-alvo como coração, rins, cérebro e olhos. Também, afetam os pequenos vasos sanguíneos, principalmente, do cérebro, causando problemas de percepção e memória. Esses indivíduos seguem um horário ou período estipulado pelo seu médico e sabem o nome de seus anti-hipertensivos, às vezes, quando não lembram, mostram suas receitas.

Igualmente, quando ingerem outro tipo de medicamento para comorbidade associada à hipertensão, às vezes colocam o nome na porta da geladeira para memorizar o horário e o nome, assim conseguem aderir ao novo medicamento.

[...] aí toma remédio e já fica tudo certinho. [...] se tiver muito alterada [PA], eu tenho que tomar mais um comprimido. [...] tomo de manhã cedo um da pressão, que eu tenho que tomar café e tomar. E daí, à tarde, eu tomo um do diabetes. Eu tomo dois por dia, na verdade, são três comprimidos, eu tomo um da pressão e dois do diabetes, que daí eu tomo um de manhã e um na hora do almoço. [...] de tomar o medicamento eu já acostumei, tudo. Então, aquele horário é certinho. O único horário que muda um pouco é no domingo, porque no domingo eu acordo um pouquinho mais tarde. Daí é só esses dias que muda, nos outros dias são certinhos [...] o da diabetes é aquele que todo mundo toma, o metformina 850 e da pressão é losartana [...]. (GA2; P18).

[...] De manhã eu tomo da tireoide levotiroxina, espero um tempo e tomo da pressão. [...] esse [mostra da PA] é sagrado, eu nunca esqueço. [...] da diabetes é um bem grandão, tomo depois. Ah! E também tem o AAS e o plasil que eu tomo depois do almoço. Ah! É o metformina que eu tinha esquecido. Esse eu tenho que tomar três vezes por dia [...]. Esses são os medicamentos de uso contínuo. [...] a única coisa que eu tenho que colocar na geladeira é quando tem alguma coisa diferente. Assim, se não eu já automatizei [...] como se fosse parte da minha vida, já sei que eu tenho que tomar [...]. (GA2; P19).

Ao investigar o profissional de saúde, percebe-se que o hipertenso adere ao tratamento medicamentoso, devido estar em harmonia com um determinado membro da equipe, principalmente o colaborador que faz a distribuição de medicamentos.

[...] às vezes o paciente tem uma adesão ao tratamento, porque ele está conectado com determinado membro da equipe, não precisa ser a equipe toda. Por exemplo, aqui na unidade nós temos uma pessoa que ele atende as pessoas na farmácia. Aí, [...] o paciente sente quando aquele profissional atende diferente. (GA3; P34).

Outra ação do hipertenso está relacionada à conservação dos seus medicamentos em domicílio, o qual se apresenta criativo, como possuir um recipiente para guarda da medicação com várias opções de colocação, de tal modo que o deposita dentro de armário e gaveta da cozinha ou em cima da penteadeira em frente sua cama e do criado mudo ou ao lado da televisão ou em cima da geladeira e do balcão na cozinha.

[...] eu tenho o meu armário com a garrafa de café, embaixo eu guardo café e a caixinha fica ali. [...] eu deixo no armário, porque criança chega de repente, então deixo sempre no armário. É automático, já abro o armário para pegar a lata de café e já pego remédio, isso é automático [...]. (GA2; P18).



[...] minha caixinha de medicamento fica ali do lado da televisão. Então, eu estou ali e memorizo. [...] Acho que na minha cabeça já está programada, que eu sei que eu tenho que tomar. (GA2; P19).

[...] é aquela caixinha de pôr remedinhos, eu comprei, acho que na farmácia [nome]. Hum! Já coloco uma cartela dentro, é uma cartela de 20 comprimidos. A gente já sabe os dias. Outra coisa que eu tenho feito é deixar a “cartelinha” ao lado da cama quatro a cinco dias, mas depois de 12 anos a gente não esquece mais. Na minha penteadeira em frente da minha cama, eu levanto, vou acender a luz e já está ali o remédio, não tem como esquecer. (GA2; P20).

Eu tenho uma gaveta só para eles, isso na cozinha, ali a gaveta é só para remédio [...]. (GA2; P26).

Quanto à reposição do medicamento anti-hipertensivo ou para comorbidade associada, o indivíduo pega na UBS ou na farmácia popular mediante receituário médico. Quando o clínico prescreve outra medicação que não consta na lista fornecida pelo governo, ele se obriga a comprar mesmo com a receita vencida.

[...] eu pego todo mês sempre no posto, sempre tem sido no posto. Um ano [validade do receituário]. [...] vou [farmácia], o ano passado acho que faltou uma vez hidroclorotiazida, mas era baratinho. (GA2; P20).

[...] eu vou ao médico a cada 02 em 02 meses mais ou menos. Eu vou, ele me dá a receita e eu já pego de volta o remédio, a partir de 02 meses. Eu pego em farmácia mesmo, perto de casa, porque esse é pago, não tem do governo. Olha! eu não sei, mas se a gente pergunta, eles dizem que esse não é dado pelo governo, esse valsartana, porque o losartana é dado pelo governo, eu já peguei o losartana, eu mudei agora para esse outro. Eu não estava me adaptando, o losartana não estava fazendo efeito. Não pego [na farmácia da UBS]. (GA2; P24).

Outra situação observada é que todos os hipertensos têm que ser consultados por um médico da Clínica Geral da UBS para conseguirem o medicamento gratuito, porém existem exceções, quando os indivíduos têm um plano de saúde, conseguem medicamentos gratuitos, mesmo sem realizar uma consulta na UBS.

[...] Eu vou ao médico, ele me dá a receita e eu pego na farmácia [diz o nome da farmácia], eu ganho. Eu não venho aqui [passar no médico], porque antes eu vinha aqui no postinho, só que eu tenho plano de saúde [...] tinha que passar pelo clínico geral para me dar receita e pegar [medicamento], eu vim aqui e conversei com a moça, falei: olha! Eu venho aqui só para pegar [medicamento] e uso a consulta de quem precisa, eu não preciso, eu vou ao meu médico [plano de saúde]. Agora aqui [UBS] na farmácia eles dão da diabetes e da pressão [...]. (GA2; P18).

O hipertenso ao viajar não se esquece de seus medicamentos, pois estabeleceu para si um cuidado proativo, instituindo hábito de vida saudável fora do seu ambiente cotidiano.

Alguns hipertensos têm percepções quando muda o invólucro do medicamento anti-hipertensivo, pois tem momentos que a PA se mantém elevada e com sensação de mal-estar, apesar de estar regularmente ingerindo o medicamento.

[...] eu vou viajar na sexta feira, hoje [5ª feira] eu já pego, coloco na caixinha na bolsa que eu vou viajar, para eu não esquecer [...]. (GA2; P18).

[...] eu me programo, quanto tempo que eu vou ficar e daí eu levo a quantidade, eu não tiro do envelope, eu levo sempre no envelopinho, na embalagem. [...] todo mês [pega medicamento] no postinho, só. (GA2; P26).

[...] se bem que às vezes eu penso: tem alguns laboratórios que o remédio da pressão parece que não funciona. Você sente a pressão na cabeça [dói], sabe? Hoje, a gente que está acostumada, a gente sente alguma coisa diferente e é sempre na cabeça, às vezes, dá uma tontura, ficam embaçadas [visão]. Às vezes tem um laboratório, que eu não sei se eu posso citar ou não o nome do remédio. Mas é um que os medicamentos são bons, mas da pressão me fez mal, aumentava em vez de baixar. Então, eu fui à farmácia trocar [...] porque às vezes tem uns que são confiáveis e outros não. Tem uns que a gente sente, eu não sei se é coisa só de mim, ou é coisa dos hipertensos mesmo, que sentem essas diferenças, eu sei que eu sinto. (GA2; P19).

A narrativa do profissional de saúde corrobora com a narrativa do hipertenso, quando menciona que, às vezes, mesmo ingerindo o anti-hipertensivo não consegue manter os níveis pressóricos dentro do padrão recomendado. Ainda, percebe que o hipertenso apresenta outros eventos em saúde, que somente o anti-hipertensivo não combate a HAS, necessitando de outras medicações associadas.

[...] ele está tomando medicamento, pode até estar tomando certinho, pode até estar tendo hábitos saudáveis, caminhada, atividade física, se cuidando na alimentação, mas às vezes ele é um hipertenso um pouco mais crônico, mais grave e o medicamento não é aquele o adequado para a situação dele, ele não vai melhorar nunca. (GA3; P34).

A automedicação é outra atitude que o hipertenso pratica, pois uma algia seja de cabeça ou de qualquer parte do corpo pode mascarar uma PA elevada. Isso faz com que dificulte o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo prescrito por profissionais de saúde, independentemente de estar ingerindo, o hipertenso

apresenta sintomatologia frequente e não sabe se é dá PA elevada ou se é uma simples cefaleia. Também, não sabe que medicamento ingere para a HAS.

[...] Eu, por conta, comprei um remédio [anti-inflamatório] e tomei para passar a minha dor, esse remédio me acalma, tira a dor. [...] tomei um anti-inflamatório, porque não é qualquer remédio que posso tomar. [...] eu não sei direito o remédio que eu tomo por causa do coração [...] teve um tempo que cheguei a comprar o remédio, porque o posto não tinha no dia remédio que me fornecer [...]. (GA1; P1).

[...] eu procuro tomar remédios, aí quando está noite, eu ainda estou com dor de cabeça, eu tomo algum [analgésico]. [...] às vezes até de noite, se tiver com uma dor de cabeça muito forte [...]. (GA2; P19).

Ao investigar o profissional de saúde percebe-se que na sua narrativa “[...] dar orientações relativas àqueles medicamentos que ele usa [...]. (GA3; P34)”. Desta forma, o profissional estimula o hipertenso a só ingerir medicamento prescrito pelo médico, porém, como o indivíduo tem autonomia para decidir o modo de seguir seu caminho, alguns adotam o uso da automedicação, quando estão com mal-estar.

Por outro lado, o indivíduo quando tem uma atitude saudável, começa a refletir e sua narrativa se apresenta como “[...] é o hábito, já criei o hábito, eu terminei de almoçar já vou, pego o remédio e tomo. (GA2; P28)”. Desta maneira, não abandona o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, pois uma vez diagnosticado, é para sempre.

Nesta subcategoria, *Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa*, o hipertenso conserva uma rotina eficaz com os medicamentos no que tange à regularidade de ingestão e dos horários. Procurar não deixa de tomar mesmo que a PA esteja dentro do padrão recomendado; não esperar terminar a medicação para a *posteriori* providenciar, pois não pode ficar um dia sem ingerir o medicamento e procura saber qual o nome do anti-hipertensivo. Assim, o enfermo com HAS está informado quanto ao seu tratamento medicamentoso.

Nesta categoria, **Experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento**, percebeu-se que o hipertenso, para enfrentar o processo de adoecimento, necessita ter um alvo, metas e propósitos, sendo que um deles é a família e há outros desafios que coloca para sua vida como emagrecimento, convivência com outras pessoas para sair da solidão e para ter contatos com o grupo de pertença. Ainda, procura frequentar as atividades que os profissionais de saúde da UBS, NASF e ESF proporcionam e as consultas dos

profissionais de saúde. Desta forma, iniciam-se várias atitudes de mudanças, incluindo algumas aprendizagens como aferição da PA, atividades e exercícios físicos regulares, reeducação alimentar com restrição de sal e gordura e tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

## 7 CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO

No desenvolvimento da pesquisa, à medida que coletei e analisei concomitantemente os dados, os quais geraram o fenômeno denominado CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO, estes permitiram identificar o significado das narrativas dos hipertensos crônicos. A compreensão da experiência que eles vivenciaram em relação à autogestão dos cuidados em saúde foi ocorrendo ao longo das etapas da investigação realizada nesta tese.

A partir dessa compreensão, a construção da teoria substantiva baseada na identificação da categoria central foi um exercício de constante e de intensa aprendizagem, que exigiu disposição, tenacidade, concentração e abstração em meio a um grande volume de dados.

O fenômeno encontrado constitui fases da vivência dos hipertensos, desde o momento em que o indivíduo se descobre com a hipertensão até experienciar a autogestão de cuidados em saúde. Depois da análise do fenômeno e da forma como integram e interagem os dados, às vezes de forma sequencial, estes constituíram um processo tendo uma condição causal, interveniente, estratégias, contexto e consequência. Dessa maneira, foi possível identificar uma categoria central, VIVENCIANDO AUTOGESTÃO DE CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO, representada no DIAGRAMA 10.

O início do processo é marcado pelo indivíduo que descobre sua doença, caracterizado por uma série de ações e interações que o prepara para autogerir seu cuidado em saúde. O indivíduo, ao estar INICIANDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO, origina o desenvolvimento de experienciar a autogestão da sua hipertensão, isso são as condições causais do fenômeno, para que possa seguir adiante seu caminho no processo de adoecimento.

A experiência vivida pelo indivíduo aparentemente saudável é representada em *Descobrimdo-se com a HAS* quando manifesta a hipertensão sem se dar conta da doença, visto que é considerada uma enfermidade silenciosa e sem sintomas. A partir do diagnóstico médico de sua doença, alguns indivíduos têm um impacto e

uma disrupção da sua identidade, começando a transformar o seu eu, podendo ficar abalado emocionalmente, apresentando tristeza, preocupação, medo, susto e depressão.

Somente ao necessitar de atendimento de emergência para problemas de saúde é que o indivíduo assume a identidade de ser hipertenso, tendo a percepção de que deve procurar atendimento no sistema público – privado de um profissional de saúde para sanar o mal-estar físico emergencial, evitando manifestações clínicas futuras. Assim sendo, dá início ao desenvolvimento da autogestão do cuidado em saúde.

O hipertenso PERMANECENDO PASSIVO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ADOECIMENTO representa o não desenvolvimento da autogestão do cuidado em saúde, o que é considerado como condições intervenientes ao fenômeno ora apresentado. Nesta fase, o indivíduo apesar de receber o diagnóstico da doença, ele se mantém na passividade, pois apresenta um estado elevado da dimensão corpórea fragilizado, geralmente, não existe a tomada de decisões para a busca de ajuda e, às vezes, a enfermidade crônica desafia o sofrimento até mesmo a morte. Ele que afirma estou hipertenso e não sou hipertenso é um hipertenso sem motivação, deixando a saúde em segundo plano na lista de suas prioridades, propósitos ou metas e, habitualmente, não compreende a doença. A partir das implicações de ter uma condição crônica, os enfermos sofrem rupturas em suas vidas e em seus eus ultrapassando o desconforto físico que vivenciam. Assim, quanto mais longe o indivíduo estiver de experienciar um processo de adoecimento, menos vigilante ele se torna, também não desenvolve formas de lidar com suas incertezas.

A partir do instante em que ele se considera e que se identifica como hipertenso, ele passa a ter estratégias para o desenvolvimento de autogestão em cuidados em saúde. Uma das estratégias de ação do hipertenso é estar ENTENDENDO O PROCESSO DE ADOECIMENTO, que expressa à compreensão dos sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS e a aceitação de ser hipertenso. Ao estar *Percebendo sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS*, o hipertenso faz proposição acerca dos fatos que se relacionam com a HAS, reconhece a sintomatologia da HAS e percebe os fatores externos que contribuem para a PA elevada, tentando entender cada vez mais o seu processo de adoecimento.

O hipertenso deve estar motivado a compreender o processo de adoecimento e para o desenvolvimento da autogestão dos cuidados em saúde. *Aceitando-se com HAS*, o doente procura saber o significado da hipertensão, conhece as complicações, realiza exames diagnósticos terapêuticos e laboratoriais e/ou procedimento cirúrgico, tornando-se consciente do adoecimento e percebendo a concretização do tratamento e controle da HAS. Assim, ressignifica o modo saudável de viver o seu cotidiano e está motivado para a vida não se deixando influenciar por outros; esse momento é o primeiro passo para o indivíduo começar a perceber que vai mudar.

Para o hipertenso estar INCORPORANDO COMPORTAMENTOS PARA A AUTOGESTÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO, considerada outra estratégia, ele se fortalece para o desenvolvimento da autogestão dos cuidados em saúde, pois incorpora seu modo de autogerir o seu processo de adoecimento. É fundamental a existência desta fase, pois o hipertenso necessita acordar para as atitudes em saúde. O hipertenso, ao estar *Despertando atitudes em saúde*, mantém relacionamentos interpessoais, tendo hábitos alimentares modificados identificados, efeito afirmativo devido aos exercícios físicos e modos assertivos para antitabagismo e antialcoolismo.

Ao estar *Apreendendo as informações para autogestão do processo de adoecimento*, o hipertenso se fundamenta nos conhecimentos para o desenvolvimento da autogestão dos cuidados em saúde, buscando informações, reconhecendo as ações para autogestão e agindo afirmativamente quanto ao processo de adoecimento. O hipertenso fica atento para compreender e incorporar comportamentos de hábitos de vida com a ajuda dos profissionais de saúde, mediante informações, seja individual e/ou coletivamente. Também, procura conhecer estilos de vida adequados à nova realidade, tais como programas televisivos, de rádios e leitura de livros e jornais, sobre seu adoecimento.

Ao estar INCORPORANDO COMPORTAMENTOS PARA A AUTOGESTÃO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO, o hipertenso consegue desenvolver a autogestão dos cuidados em saúde efetivamente, pois apresenta compreensão dos cuidados em saúde e mantém a convivência com seus familiares e amigos num ambiente de interações.

Para que o hipertenso desenvolva a autogestão do cuidado em saúde, faz-se necessária a presença de um contexto, significando a ambiência na qual o

fenômeno é vivenciado e influenciado, o que está representado na categoria SENDO ATENDIDO NO SISTEMA DE SAÚDE. Ao estar *Relacionando-se com os profissionais de saúde*, o hipertenso tem atendimento no setor público das equipes da UBS, NASF e ESF e no setor privado, procurando manter diálogo e confiando no atendimento clínico. Por outro lado, o hipertenso apresenta assiduidade referente às ações do seu processo de adoecimento, mantendo-se proativo e integrado com os profissionais de saúde, criando-se um círculo virtuoso.

Os profissionais de saúde do setor público, ao estarem *Percebendo a necessidade de recursos para cuidado do hipertenso*, evidenciam que podem realizar orientações e aconselhamentos, auxiliando o indivíduo no seu processo de adoecimento, desde que trabalhem interdisciplinarmente fazendo com que as disciplinas intercambiem em um entendimento pleno das ações do hipertenso, considerando as diferentes realidades, culturas, valores e crenças do doente.

O hipertenso, ao estar EXPERIENCIANDO ATITUDES E AÇÕES NO CONTROLE E TRATAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO, apresenta a consequência considerada como resultado do desenvolvimento da autogestão do cuidado em saúde. Essa consequência representa a experiência que o hipertenso vivencia como um processo com etapas que se integram continuamente.

Ao estar *Motivando-se para o cuidado*, o hipertenso quer ser modelo para seus familiares, querendo a cada dia se cuidar, procurando um bem-estar mental, físico e espiritual. Tendo motivos para se cuidar, quer viver intensamente com seus familiares e amigos, pois tem medo da morte, conseqüentemente, vive toda sua multidimensionalidade. O hipertenso entende a sua vida com boa disposição, motivando-se a ir às consultas médicas. Para conviver com o seu processo de adoecimento e realizar o controle e tratamento da sua enfermidade, o hipertenso acredita em uma força divina.

O doente, ao estar *Realizando atividades e exercícios físicos*, procura fazer ginástica e caminhada orientada ou não, tendo motivos para executá-las, tais como, a convivência, a elevada autoestima, a diminuição da algia, a obesidade e o fortalecimento muscular, o que resulta na melhoria de percepções físicas e emocionais.

Ao estar *Alimentando-se corretamente para o controle da HAS*, o hipertenso tem motivos para realizar a alimentação adequada, a diminuição do sal e os comportamentos de ingestão de líquidos e chás de plantas medicinais. Ainda,



compreende essa alimentação adequada e o comer direito, realizando uma reeducação alimentar. Os motivos para tais práticas são combater a hipertensão, a comorbidade associada, a obesidade e o desconforto físico e emocional.

O doente, ao estar *Acompanhando os níveis pressóricos*, monitora a PA fora de domicílio e em domicílio; também foca a atenção em um ou em ambos os níveis pressóricos. Dessa forma, mantém-se em alerta para o seu processo de adoecimento, evitando uma crise hipertensiva e um mal súbito. A monitorização da PA é considerada como uma das ações primordiais para o desenvolvimento da autogestão do cuidado em saúde. Isso propicia um controle efetivo dos valores pressóricos e possibilita ao doente comunicá-los à equipe de saúde durante as suas consultas. Caso o médico perceba alterações dos valores, os devidos ajustes e encaminhamentos serão providenciados.

Ao estar *Adotando posturas relacionadas à terapia medicamentosa*, o hipertenso tem comportamentos relacionados à ingestão regular e à guarda de medicamentos; não se esquece de levá-los quando viaja, usa de criatividade para a aderência de outro medicamento além do anti-hipertensivo e fixa o nome desses medicamentos em locais de fácil visualização, mantendo-se atento para a reposição do medicamento antes do seu término. Tais medicamentos são dispensados pela farmácia da UBS e Farmácia Popular por meio de receituário médico.

O hipertenso, ao estar EXPERIENCIANDO ATITUDES E AÇÕES NO CONTROLE E TRATAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO, desenvolve a autogestão do cuidado em saúde, conseqüentemente, vivencia a autogestão de cuidados em saúde de maneira satisfatória, conforme a teoria substantiva construída na presente tese e representada graficamente no DIAGRAMA 10.



DIAGRAMA 10 - CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO

FONTE: os Autores (2014)

## 8 DIALOGANDO COM OS AUTORES

Tendo construído a teoria substantiva **CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO**, a GT preconiza buscar similaridades, complementaridades, ou mesmo questões distintas, em relação ao que foi produzido nesta tese no conhecimento publicado.

O hipertenso convive com a doença sem perceber, até apresentar um mal-estar físico e emocional. Então constata que algo estranho está ocorrendo no seu organismo. Nesse momento, está *Iniciando o processo de adoecimento* e começa a se conscientizar do seu estado de saúde principiando a vivenciar a hipertensão. Segundo Graffigna, *et al.*, (2014), depois do diagnóstico médico, o indivíduo parece mudar sua autopercepção, movendo-se em direção a uma configuração de sua identidade, principalmente em termos de quem era e o que foi capaz de fazer. Começando a se perceber como doente, ainda em nível emocional, está consciente de sua condição de saúde, mas ainda não tem elementos informativos suficientes de atribuições de sentido à sua condição.

Conforme Quayle (2007) existe um conhecimento de si, ou seja, eu sou eu mesmo e não outra pessoa, o que leva a pessoa a se construir como indivíduo, obtendo o sentimento de individualidade e da possibilidade de poder reconhecer o outro distinto de si mesmo, surgindo o sentimento de ser e de existir. Dessa forma, nasce a identidade preferida, que simboliza esperanças, desejos, aspirações e planos para o futuro. Nesse sentido, serve como fonte de motivações (CHARMAZ, 1995).

Segundo Luz e Basto (2013) este é um momento de autodescoberta, pois o indivíduo pode manifestar habilidades para lidar com a sua enfermidade em razão dos significados da doença por apresentar diferentes trajetórias no contexto cultural e social.

O hipertenso, ao estar *permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento*, fica indiferente às situações de adoecimento vividas. Ele não acredita estar doente e não sabe o que significa a HAS, ficando desmotivado a procurar os profissionais de saúde.

De acordo com Balduino *et al.*, (2013), o hipertenso nem sempre realiza práticas de cuidado. Isso o impede de realizar um controle e tratamento da doença.

Os autores também ressaltam as dificuldades do hipertenso quanto às mudanças de hábitos e estratégias para fatores comportamentais, pois ele faz parte de uma construção social e é influenciado pelo meio em que vive, precisando de investimentos incansáveis dos serviços de saúde para a manutenção do equilíbrio e estabilidade do processo de adoecimento.

Para Thomas e Castro (2012), quando o indivíduo nega a sua doença, não entende e nem se sente seguro para enfrentar o tratamento em relação a sua enfermidade, isto faz com que o seu prognóstico se agrave. Consoante Canesqui (2013), afirma que somente a comunicação do diagnóstico médico é insuficiente para que o doente reconheça e aceite o processo de adoecimento. Isso porque no momento em que recebe pela primeira vez o diagnóstico, o hipertenso está em um processo de adoecimento envolto por situações frágeis de vida, com condições físicas atingidas, aspecto modificado de saúde/doença, identidade nova e biografia rompida.

Segundo Silva *et al.*, (2013), existe uma incongruência entre o saber e o saber fazer, pois apesar de saber o que deve ser feito, o indivíduo não alcança o seu alvo. Embora possua o conhecimento acerca de modos diferentes de tratamento, não pratica o envolvimento ou adesão. Apesar de saber das vantagens de adotar os exercícios físicos, tem ressalvas quanto a sua prática, mesmo com aconselhamentos dos profissionais de saúde. Essa pesquisa mencionada vem ao encontro dos resultados encontrados nesta tese.

Os hipertensos não aderentes ao tratamento tendem a considerar a hipertensão como uma doença aguda, sintomática e ligada aos fatores emocionais. Essa concepção é equivocada, sendo necessário reavaliar os aconselhamentos realizados aos indivíduos por profissionais de saúde, uma vez que não basta informar que é uma doença crônica e assintomática (LUZ; BASTO, 2013). Tal situação está em conformidade com esta investigação.

Se o indivíduo tem a percepção de sinais e sintomas do processo de adoecimento da HAS e se aceita com a enfermidade, ele está *entendendo o processo de adoecimento*. A partir desse instante, conforme, Araújo e Garcia (2006), ele conhece mais sobre a doença, sintomatologia e riscos da não aderência ao tratamento e aceita sua condição de saúde e seu tratamento. Relatam Páscoa e Santos (2012) que o hipertenso deve ter conhecimento de sua doença e da terapêutica. Para Graffigna *et al.*, (2014), quando ele aceita sua condição, nada o

impede de continuar sua vida relacional e social e sua mudança de estilo de vida. Todos esses autores mencionados comprovam os achados desta pesquisa.

Para Boschco e Mantovani (2007), o modo como o indivíduo enfrenta o processo de adoecimento resulta em diferentes percepções que cada doente tem de si mesmo, de suas condições de saúde e da progressão da doença. Apesar de o hipertenso não sentir nada, somente quando apresenta um mal-estar físico e emocional, é que se confirma a doença pelo médico, após exame cardiológico, diagnóstico e aferição da PA.

Consoante Busanello *et al.*, (2013), colocam que alguns indivíduos interpretam os sintomas de forma incorreta, chegando mais tardiamente ao serviço de emergência e se sujeitando aos piores eventos durante a hospitalização. Portanto, quando o bem-estar é desordenado, o indivíduo volta-se para si e percebe-se ante esse evento, ficando alerta, vigilante e receptivo (SOUZA; LIMA, 2007).

O aceitar-se com a HAS aponta que o indivíduo sabe o significado da hipertensão, conhece suas complicações, realiza exames, torna-se consciente do processo de adoecimento e percebe a concretização do tratamento e do controle da PA elevada. O reconhecimento de ter uma enfermidade crônica o ajuda a assegurar a continuidade de sua vida, pois ele consegue gerenciar suas condições de saúde, apesar dos sintomas. Para Charmaz (2008; 2010), o indivíduo vê sua vida como comum e sua saúde como normal, por mais que o doente lute para ter saúde, o imediatismo dos sintomas físicos e mentais o força a concordar que está com uma doença.

Em conformidade com Lepe, Herrera-Paredes e Paloalto (2011), apesar da HAS, o indivíduo se mostra em nível de aceitabilidade da enfermidade e não se considera limitado para realizar atividades diárias. Isso vem ao encontro dos participantes da pesquisa desta tese.

Nesta investigação, *incorporando o comportamento para a autogestão do processo de adoecimento*, o hipertenso desperta atitudes em saúde e apreende as informações para autogestão do processo de adoecimento. Segundo Pierin; *et al.*, (2010), o anseio do bem-estar, a socialização e a disposição de ser semelhante ao outro são características da individualidade de cada um, podendo agregar o envolvimento do tratamento. Isso contribui para o controle da doença.

Ao adoecer, o indivíduo vai adquirindo conhecimento e experiência, tornando-se um *expert* acerca da sua doença, dependendo de suas habilidades

internas para lidar com sua enfermidade em situações diferentes (LUZ; BASTO, 2013). Quando o hipertenso assume a plenitude do tratamento e controle, percebe isso como uma responsabilidade pela autogestão de sua doença.

Todavia, quando o hipertenso identifica-se com os símbolos, **considerados ações, relacionamentos e coisas materiais**, pode se tornar consciente do significado e da sua maneira individual de pensar, respondendo as suas ações, objetivando controlar suas reações de forma variada (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010, grifo nosso).

Igualmente, o saber do doente é manifestado em um modo diferente de vida. Mais do que os conhecimentos, ainda existem as definições de normas individuais, de capacidade de negociar com o seu mal, de se ajustar emocionalmente e de realizar as escolhas (MENDES, 2005).

De acordo com Páscoa e Santos (2012, grifo nosso) quando há ampliação do conhecimento do doente a respeito da sua situação clínica e tratamento, isso permite a ele e a sua família um envolvimento efetivo no tratamento e **controle do seu processo de adoecimento**.

Ainda, o hipertenso, ao despertar atitudes em saúde, mantém relacionamento interpessoal, adquire modificação nos hábitos alimentares, alcança efeitos afirmativos para os exercícios e atividades físicas e dispõe de maneiras consolidadas antitabagistas e antialcoolismo, sendo tudo isso considerado o equilíbrio do adoecimento.

Segundo Guedes *et. al.*, (2011); White, Kirschner e Hamilton (2014), as mudanças e a manutenção do estilo de vida requerem metas que devem ser alcançadas pelo indivíduo. Ele deve também realizar exercício físico regular com orientação do clínico, podendo fazer caminhadas e evitar o tabaco e a ingestão de bebida alcoólica.

Logo, quando o hipertenso desperta para os cuidados em saúde, conforme Lepe; Herrera-Paredes e Paloatto (2011), ele tem comportamentos promotores da saúde, tais como alimentação saudável, exercício físico regular, como já foi visto antes, além do controle do *estresse*, crescimento espiritual, relacionamentos positivos e descanso adequado.

Nessa perspectiva, o indivíduo manifesta a capacidade de autogerir o seu processo de adoecimento; ele busca informações, reconhece as ações e está comprometido com o seu estado de saúde. Do mesmo modo, o hipertenso apreende

tudo esse processo para gerir a sua doença. Segundo Machado, Pires e Lobão (2012, p. 1370), ele recebe as informações dos “profissionais de saúde, vizinhos, colegas e mídias”. Além disso, tais autores também enfatizam que o indivíduo é informado e educado quanto aos fatores de risco, cuja finalidade é torná-lo consciente para que tenha uma vida mais saudável. Caso isso não aconteça, pode desencadear a PA elevada.

O hipertenso, *sendo atendido no sistema de saúde*, necessita do relacionamento com os profissionais de saúde e de recursos para o cuidado da sua doença. Logo, ele quer ser atendido, manter diálogo e confiar no atendimento clínico. O doente, seu médico e **a equipe multiprofissional** devem engajar-se na parceria de cuidado em saúde, especialmente na gestão de condições de longo prazo, que incluiu a tomada de decisão compartilhada. A relação entre profissional e indivíduo é de compreensão mútua, pois o doente torna-se mais ativo e o médico menos paternalista. Por sua vez, isso diversifica em uma perspectiva em que o doente se torna cidadão ativo, exercitando direitos crescentes e assumindo responsabilidades revigoradas (BURY; TAYLOR, 2008, grifo nosso).

O MS brasileiro assinala que o doente necessita de profissionais da atenção básica e dos especialistas desenvolvam um trabalho compartilhado, além de estabelecer que os cuidados sejam coordenados pelos profissionais da UBS. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar no cuidado aos indivíduos com doenças crônicas devem ser complementares e integradas à UBS e superar a atuação fragmentada e isolada (BRASIL, 2013a).

O atendimento de doentes crônicos necessita ser realizado com avaliações sistemáticas, coordenadas e interdisciplinares, envolvendo os vários profissionais de saúde (SAPAG; *et al.*, 2010). Nesta pesquisa, os dados não corroboram que este modelo preconizado pelo MS, pois existem descompassos entre a UBS e as especialidades. Já o atendimento das ESF e NASF possui um compartilhamento entre os profissionais, principalmente, professor de educação física, fisioterapeuta e nutricionista.

Nesse âmbito, o profissional de saúde precisa “observar e compreender a visão que o doente possui acerca da hipertensão arterial, considerando suas crenças, valores e ambientes em que vive, interferindo em suas atitudes e escolhas” (BALDUINO *et al.*, 2013, p. 42). Estes dados corroboram com o estudo ora apresentado, pois os profissionais ao abordarem o hipertenso, investigam quais são

suas percepções do seu processo de adoecimento, respeitando suas limitações culturais e sociais.

Além das consultas clínicas mencionadas pelo hipertenso desta pesquisa que faz uso da UBS e ESF, ele também participa de grupos estruturados de exercício físico, convivência e palestras referentes ao processo de adoecimento. Assim, o indivíduo mantém o relacionamento interpessoal e aprende sobre a sua doença – controle e tratamento da hipertensão, terapia medicamentosa e monitoramento da PA – ficando proativo e protagonista do cuidado em saúde.

Os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Tais atendimentos são estratégias intensas de educação em saúde e representam trocas entre os indivíduos e a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o processo de adoecimento e os fatores de risco e, a partir disso, estimular a mudança de atitude e a **autogestão dos cuidados em saúde**. Os grupos podem ser organizados em várias modalidades, dependendo das necessidades da população (BRASIL, 2013a, grifo nosso).

Machado; Pires e Lobão (2012) corroboram a importância dos atendimentos em grupo argumentando que o profissional, ao conhecer a história de cada indivíduo, é capaz de atuar nos fatores de risco não perceptíveis em um único encontro, por isso é fundamental a criação de parceria do hipertenso com os profissionais de saúde.

Araújo e Garcia (2006) também pontuam que o atendimento do hipertenso em grupo estimula a reflexão, aumenta o nível de informação e proporciona que cada um fale de si, promovendo a troca de experiência entre eles. Ainda, destacam que as informações instruídas devem ser completas, relevantes e ajustadas às necessidades do indivíduo, carecendo abordar os fatos básicos da HAS e a terapia de medicamentos, sendo recomendável utilizar materiais audiovisuais e escritos, com linguagens simples e precisas.

As ações educativas aumentam as habilidades dos doentes para tomar decisões e habituar-se a uma condição de saúde explícita, pois a partir do momento em que eles sabem mais acerca da sua doença, sintomatologia e complicações, consequentemente são levados a aceitar a sua condição e a fazer o tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Conforme Balduino *et al.*, (2013), a tomada de decisão contribui para maior incorporação dos indivíduos nas estratégias de cuidado, fazendo com que o



empoderamento surja como um processo pelo qual o hipertenso adquire controle sobre suas decisões e ações que afetam sua saúde. Souza e Lima (2007) observam que o doente deve manter também sua autonomia; isso é possível se os profissionais derem condições de escolha e de criatividade. Também, só poderá fazer escolhas o indivíduo que compreender o que se passa em seu corpo. De fato, seguirá os aconselhamentos porque os compreende, sabendo que isso ampliará sua possibilidade de enfrentamento.

Além disso, de acordo com Machado, Pires e Lobão (2012), o hipertenso deve ser informado e educado acerca dos fatores de risco da sua doença. Ele precisa saber que tais fatores podem desencadear a elevação da PA. Portanto, de modo consciente, deve optar por uma vida saudável, elaborando estratégias para o entendimento e incorporando ações e atitudes, para minimizar o impacto do processo de adoecimento.

Para aprender e perceber a autogestão, o indivíduo hipertenso necessita tanto de ações educativas individualizadas como de aconselhamentos conjuntos com os profissionais de saúde para as mudanças no estilo de vida, tornando-a saudável (BALDUINO *et al.*, 2013). Todavia, nem todo o doente obtém informações e tratamento suficientes para reduzir as perdas do eu sofridas (CHARMAZ, 1993).

Em relação à busca de atendimento em instituições públicas, o hipertenso desta pesquisa recebe atendimento da equipe da ESF e do NASF. O MS brasileiro cita essas duas estratégias, as quais atuam conjuntamente, além de implementar as ações de prevenção dos fatores de risco para os hipertensos e suas famílias, principalmente a adesão ao tratamento, que é considerada o maior problema no controle da hipertensão (BRASIL, 2013a).

Sabe-se que nos EUA as consultas clínicas compartilhadas ou visitas de profissionais têm demonstrado maior acesso e produtividade na atenção primária de saúde. É uma inovação em potencial, principalmente para melhorar o acesso aos cuidados, custos, resultados de gestão da doença e para oferecer cuidados ao doente que se encontra mais sensível às suas necessidades. Em uma investigação de doentes atendidos por profissionais na modalidade de clínicas compartilhadas, estes relataram maior satisfação em comparação com os doentes que receberam consulta de forma habitual, especialmente no atendimento da enfermeira (HEYWORTH *et al.*, 2014).

A procura de um doente de doença crônica pelas UBS é considerada por Landrsberg *et al.*, (2012, grifo nosso) como um episódio de cuidado que pode durar uma consulta ou mais e até mesmo se prolongar por muito tempo, como no caso dos diabéticos e **hipertensos**, dentre outros.

Os autores também mencionam o fato, que o indivíduo busca atendimento na atenção básica de saúde para solicitar medicamento, mostrar resultados de exames e para sanar a cefaleia. Da mesma forma, os participantes desta pesquisa buscam medicamentos e se consultam com outros profissionais da saúde e não necessariamente o médico da especialidade clínica médica.

Em relação à saúde do homem, observa-se nesta investigação que o participante relata não buscar a UBS por trabalhar no período diurno. Essa situação vem ao encontro de Landrsberg *et al.*, (2012), refere que o acesso do homem à atenção primária como inferior ao da mulher e do processo de trabalho dos profissionais de saúde, que carecem se organizar e atender em horários alternados, visto que o indivíduo tem jornada de trabalho no mesmo período de atendimento da UBS.

Com relação aos profissionais de saúde, estes devem estabelecer comunicação, acessibilidade e interação entre os hipertensos, dando ênfase ao diálogo e à reflexão, ao saber escutar, buscar compreender o indivíduo (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). A relação dos profissionais de saúde com o hipertenso carece de atenção no tratamento medicamentoso, pois podem existir efeitos indesejáveis e esquemas terapêuticos complexos (PINHO; PIERIN, 2013).

Os profissionais de saúde devem

“incluir mais tempo e apoio à configuração do processo de cuidados aos pacientes hipertensos para melhorar a eficácia da autogestão de comportamentos dos estilos de vida. A percepção de alto risco e de baixa autoeficácia pode diminuir a motivação do paciente para tentar ou manter os comportamentos de autogestão” (BALDUINO *et al.*, 2013, p. 41).

Para Kim *et al.*, (2014), os hipertensos necessitam ter aquisições de conhecimento sobre o estilo de vida, noções de hipertensão e a aferição correta da PA. A UBS deve ter espaço e colaboradores suficientes para fornecer os recursos necessários para a abordagem do hipertenso, de modo a permitir que ele possa **autogerir seus cuidados** (JONES; KAEWLUANG; LEKHAK, 2014, grifo nosso).

O hipertenso, quando *está experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento*, motiva-se para o cuidado, realiza hábitos de vida saudáveis, tais como atividades e exercícios físicos regulares, reeducação alimentar, acompanhamento dos níveis pressóricos e adoção de atitudes para tratamento medicamentoso. Consoante Balduino *et al.*, (2013), descrevem que o indivíduo que realiza autogestão da doença e acredita positivamente em suas crenças mantém um estilo de vida saudável. O papel dos profissionais de saúde é dar aconselhamento, em conformidade com o hipertenso sobre a necessidade de mudanças de estilo de vida, contribuindo para as mudanças comportamentais.

O profissional deve levar em consideração o perfil e a personalidade de cada indivíduo. Às vezes, o hipertenso sofre influências culturais, familiares, cognitivas e da comunidade em que vive. Tudo isso interfere na saúde dele, positiva ou negativamente. Bury (1991) aponta que negociar o uso apropriado e os efeitos dos regimes de tratamento, bem como a importância dos sintomas, melhora a adaptação a uma biografia rompida, ou pelo menos garante uma medida de estabilidade.

Nessa perspectiva, o doente adota atitudes para o tratamento medicamentoso, acompanhamento da PA, realização de atividades e exercícios físicos, ingestão de alimentos saudáveis com restrição do sal, ingestão de chás, com moderação de café e chocolate.

Segundo Margolius *et. al.*, (2012), o controle da PA da população de hipertensos, principalmente de baixa renda, pode ser melhorado mediante o ensino da monitorização da PA em casa e com a ajuda de treinadores não profissionais de saúde, especialmente por meio do aconselhamento sobre a adesão ao medicamento. A combinação de monitoramento da PA em domicílio com a ingestão de anti-hipertensivos melhora o controle da hipertensão, quando comparado com os cuidados habituais, e assinala que enfermeiros e farmacêuticos são os melhores aconselhadores aos indivíduos auxiliando-os nessa ação.

As intervenções de base da equipe podem melhorar o controle da hipertensão, porque delegam aos colaboradores, os cuidados a serem oferecidos aos indivíduos, dando a cada hipertenso um monitor de PA, criando um fluxograma de medicação em domicílio, inovações estas que podem melhorar o atendimento (MARGOLIUS; *et. al.*, 2012). Ainda, a monitorização da PA em domicílio é notória; porém, a educação do paciente e o treinamento são necessários para alcançar o

máximo de benefícios à saúde do hipertenso (GOHAR; *et al.*, 2008; OVAISI; *et al.*, 2011).

A monitorização domiciliar é uma alternativa confiável para a medida de consultório médico, pois pode ajudar o hipertenso melhorar a sua conscientização e aumentar a redução da PA, resultando, conseqüentemente, em melhor controle níveis pressóricos (KIM; *et al.*; 2014).

Em relação à alimentação correta para o controle da HAS, o hipertenso adota um comportamento salutar para o controle da PA, como a redução da ingestão de sal nos alimentos. Tal ação é observada em dois estudos, *Prospective Urban Rural Epidemiology* (PURE), o qual demonstra a relação esperada entre a PA e a magnitude da ingestão de sódio, e o *Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group* (NutriCoDe), que estabelece a excreção urinária acerca do efeito do sódio na mortalidade cardiovascular global (MOZAFFARIAN; *et al.* 2014; O'DONNELL; *et al.*, 2014).

Para Canesqui (2013), o hipertenso gerencia com flexibilidade as restrições alimentares recomendadas, preservando as tradições alimentares aprendidas e os modos de lidar com o processo de adoecimento.

Para a realização das atividades e exercícios físicos regulares pelos hipertensos, estes devem fazer parte das ações efetuadas por profissionais de saúde da UBS. Conforme Girotto *et al.* (2013), é fundamental que os profissionais busquem a intersetorialidade para a melhoria dos espaços públicos, objetivando o estímulo dos indivíduos de grupos crônicos a compartilhar experiências e vivências de saberes e práticas. O resultado do estudo supra corrobora com está pesquisa, pois o profissional de educação física e os líderes comunitários procuram espaços na própria comunidade da região da UBS, assim os hipertensos realizam exercícios físicos no grupo de pertença.

Para Modesti *et al.* (2014), a criação de cultura de prevenção na maioria dos países em desenvolvimento requer ação concentrada de programas televisivos, de revistas e jornais, com o apoio do governo. Neste estudo, foram encontrados hipertensos que fazem uso desses recursos para o equilíbrio e estabilidade do seu processo de adoecimento, assim estão em conformidade com a pesquisa mencionada.

O hipertenso adotando atitudes relacionadas à terapia medicamentosa realiza desde a ingestão contínua e regular do anti-hipertensivo até o não

esquecimento da reposição. Assim, antes de terminar, solicita ao médico a prescrição de medicamento. Conforme Gohar *et. al.* (2008), as práticas de autogestão incluem, além da monitorização e terapias alternativas complementares, a adesão medicamentosa e a monitorização da PA, o que vem ao encontro desta investigação.

Nesta pesquisa, apesar de o hipertenso estar com comorbidade, relata o uso de diferentes tipos de medicamentos e tem envolvimento com a terapia medicamentosa. Isso não corrobora com o estudo de Luz e Basto (2013) que apontam, que o indivíduo quando ingere grande quantidade de medicamento dificulta a aderência ao tratamento medicamentoso.

Experienciando atitudes e ações no controle e tratamento do processo de adoecimento é uma prática que o hipertenso ganha à medida que vive intensamente o seu presente, procurando a cada dia buscar informações e parceria com os profissionais de saúde, sendo proativo e autônomo em suas decisões. Segundo Canesqui (2013), a PA elevada configura entre as enfermidades que permitem conduzir a vida normalmente.

O hipertenso ao participar de grupo estruturado, está motivado a buscar aprendizagem para o seu processo de adoecimento. Moura (2011, grifo nosso) afirma que o acesso à informação do doente por meio do profissional de saúde é um fator propulsor na realização de mudanças nos hábitos de vida para o controle e **tratamento** da doença, sendo esse acesso considerado mais extraordinário que o diagnóstico. Ainda, fornecer informações necessárias ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo deve estimular o indivíduo para a autopercepção da doença e o responsabiliza para o seu cuidado em saúde, instigando-o para sua autonomia.

Na pesquisa, percebe-se que quando o perfil é positivo do hipertenso inicia, segue as estratégias e experiencia o processo de adoecimento. Ele é tranquilo, feliz, geralmente está bem consigo mesmo, controla seu estresse, possui autoestima elevada e tem disciplina, sendo o protagonista do seu cuidado. Lepe, Herrera-Paredes e Paloatto (2011), ao estudar em fatores pessoais e psicológicos do adulto, percebem que o indivíduo apresenta autoestima e motivação elevada, quando os hipertensos estão controlados, o que lhe permite enfrentar a vida com maior confiança, afabilidade, otimismo e também alcançar seus objetivos e suas realizações. Existem outros elementos que os motivam, tais como seus

companheiros, filhos e netos. Da mesma forma, no presente estudo, foram encontrados esses três últimos dados de motivações.

## *Ser doente crônico...*

*Anice de Fátima Ahmad Balduino (2014)*

*Quando somos jovens, nem imaginamos o que o futuro nos reserva, apenas queremos nos divertir, estudar e, principalmente, trabalhar o mais rápido possível naquela profissão que escolhemos.*

*Valendo-se do sentido simbólico, a vida parece ser um pêndulo, ou seja, vai ano, vem ano, vai ano, vem ano, e muitas vezes o indivíduo não percebe que já faz muito tempo que se mantém no mesmo emprego e que tudo mudou consigo e ao seu redor.*

*Ele prioriza o trabalho e depois a saúde, apesar de o corpo mostrar sinais, de pedir socorro, mas não dá o devido valor no momento, só quando surgem as complicações.*

*Nessa ocasião, inicia-se uma aflição ao profissional de saúde que diagnostica a doença de hipertensão. Então prescreve somente terapia medicamentosa... Consequentemente, nesse tempo, sucedem-se os períodos extensos de tratamentos, e o hipertenso nem imagina de quem herdou a doença: se foi dos pais ou do estresse que adquiriu ao longo das horas de trabalho.*

*Com o passar dos anos, parece que o pêndulo começa a parar ou a movimentar-se vagarosamente, então, impressionado, ele começa a pensar mais em si mesmo, em sua família, nos amigos mais próximos, querendo viver o aqui, o agora. Isso significa que tem algo acontecendo com sua mente corpórea, ou seja, com a maneira pela qual o cérebro reconhece e utiliza o corpo como instrumento relacional com o mundo. Passa então a dar mais valor aos pequenos gestos e acontecimentos, sendo mais solidário e parceiro, não se influenciando tanto com o que as pessoas estão falando acerca dele.*

*Afinal, começa a compreender mais seu eu, ligando-se facilmente com sua intersubjetividade... Adota uma nova atitude... Parafraseando Zeca Pagodinho, ele segue: "... deixe a vida me levar, vida leva eu..."*

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retornar às questões que originaram a motivação para estudar a temática da autogestão na doença crônica, verificou-se que a pergunta pôde ser respondida pela perspectiva da GT Construtivista. O que também possibilitou esclarecer e alcançar os objetivos: (a) interpretar como o enfermo crônico hipertenso realiza a autogestão do cuidado em saúde; (b) construir uma teoria substantiva: **CONSTRUINDO A AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DO HIPERTENSO.**

Esse método possibilitou interpretar a vivência da autogestão dos cuidados em saúde do indivíduo cronicamente enfermo, os quais passam a fazer parte do seu cotidiano. O indivíduo descobre-se com a doença e necessita de atendimento em saúde, isto é, aceita a sua identidade de hipertenso e se transforma em um hipertenso consciente e proativo de suas ações.

Com esta pesquisa foi possível compreender que a autogestão de cuidados em saúde do hipertenso tem dois caminhos, os quais são considerados processuais, dinâmicos, complexos e integrados. O primeiro caminho corresponde aos aspectos: *iniciando, entendendo, incorporando e experienciando o processo de adoecimento*. Já o segundo caminho apresenta-se como *iniciando e permanecendo passivo em relação ao processo de adoecimento*.

A escolha do caminho pelo hipertenso depende dos primeiros contatos que tem no atendimento ao seu estado de saúde no setor público-privado. É fundamental a participação efetiva dos profissionais de saúde, por meio do processo de ensino e aconselhamentos eficazes, para que o doente tome consciência do seu estado de saúde e escolha o caminho a percorrer.

Nesse intento é que se iniciam várias mudanças de posturas, uma vez que ele está comprometido com o seu estado de saúde, conscientizando-se de suas práticas para o equilíbrio e a estabilidade do processo de adoecimento.

Os resultados propiciaram uma visão do olhar dos profissionais acerca dos hipertensos, os quais referem à necessidade de trabalhar dentro da interdisciplinaridade, dialogando entre si e, *a posteriori* com os hipertensos, numa relação de educador e promotor de saúde.

Sendo assim, acreditam ser necessário instituir uma rede de apoio para que o hipertenso tenha aprendizagem e motivação para se cuidar. Afirmam que quando



ele incorpora e experiencia as ações para autogestão dos cuidados, convive com seu processo de adoecimento no cotidiano de modo salutar.

Portanto, acredito ter fundamento a tese que defendo – o hipertenso para realizar a sua autogestão dos cuidados em saúde depende da sua vivência, da aprendizagem e do grau de adoecimento.

Esta pesquisa trouxe contribuições aos profissionais que atuam no sistema de saúde, ao serviço, à formação do futuro profissional de enfermagem e para a disciplina de Enfermagem. Aos profissionais sugere-se que trabalhem por meio do matriciamento de cada atendimento, como se fosse estudo de caso, envolvendo todos os atendimentos da UBS, ESF e NASF. Assim, conseguem, individualmente, atender o hipertenso em sua singularidade, respeitando-o no que tange as suas crenças e dimensões sociais e educativas.

Em relação ao serviço identificou-se a necessidade de que o horário de atendimento e as visitas domiciliares sejam estendidos, tendo em vista que os indivíduos cadastrados/hipertensos estão em uma fase produtiva ficando impossibilitados de serem atendidos no horário habitual. Também, sugere-se o retorno aos grupos educativos e ou formação de grupos de convivência, que possam possibilitar aprendizagem e apoio. Desta forma, o sistema de saúde deve oferecer infraestrutura e logística ao hipertenso, para que possa acessar todos os equipamentos necessários aos seus cuidados à saúde.

Para a formação dos profissionais, a contribuição desta pesquisa foi a construção da teoria substantiva, em que o discente poderá testá-la em suas pesquisas, conseqüentemente, ter novos dados, assim aplicá-la no atendimento do hipertenso no dia a dia da sua atuação profissional. Sabe-se que a construção desta teoria substantiva foi em um momento e com uma determinada amostragem, assim apresenta-se uma pintura daquela ocasião.

Ao finalizar esta pesquisa, em relação ao caminho metodológico adotado, verificou-se que novas investigações são necessárias para comparar esta teoria substantiva construída com diferentes doenças crônicas, buscando vivências de outro adoecimento crônico.

## REFERÊNCIAS

ALDIABAT, K. M; LE NAVENEC, C. L. Philosophical roots of classical Grounded theory: its foundations in symbolic interactionism. **Qual. Rep.**, v.16 n.4, p. 1063-1080, jul. 2011. Disponível em: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR16-4/aldiabat.pdf>. Acesso em: 15/11/2011.

ARAÚJO G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.8, n.2, p. 259-272, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a11.htm). Acesso em: 26/07/2013.

AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p. 1301-1311, jul. 2011.

BALDUINO, A. F. A. *et al.* Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.34, n.4, p. 37-44, dez. 2013.

BARLOW, *et al.* Self – management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Educ. Couns.**, Limerick, v.48, p. 177-187, jan. 2002. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/pateducou>. Acesso em: 10/01/2014.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. Tradução: Aline Capelli Vargas. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BASTOS, S. B; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 92-99, jan./mar. 2004.

BOSCHCO, M.D.; MANTOVANI, M. F. As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.6, n.4, p. 463-470, out./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 14 Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: **alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS:** uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009:** uma análise da situação de saúde dada agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE\\_BRASIL\\_2009\\_COLETIVA.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf). Acesso em: 26/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2009:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?vigitel/vigitel06.def>. Acesso em: 19/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde–PNS: 2012-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Agência Brasil. (ed.). IBGE vai dimensionar subnotificação de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. **Agência Brasil.** Brasília, 12 ago. 2013b. Saúde, Seção 1, p. 1-2.

Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-08-12/ibge-vai-dimensionar-subnotificacao-de-doencas-cronicas-como-hipertensao-e-diabetes>  
Acesso em: 04/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2012:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Agência Brasil. (ed.). Quase 40% dos brasileiros apresentaram pelo menos uma doença crônica em 2013. **Agência Brasil.** Brasília, 10 dez. 2014a. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/>. Acesso em: 14/12/2014.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Hiperdia**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11/06/2014.

BROWN V. A.; BARTHOLOMEW K. L., NAIK A. D. Management of chronic hypertension in older men: an exploration of patient goal-setting. **Patient Educ. Couns.**, Limerrick, v.69 n.1-3, p. 93–99, dez. 2007. Doi:10.1016/j.pec.2007.07.006. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17890042](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17890042). Acesso em: 18/07/2013.

BUGALHO, A; CARNEIRO, A. V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa: CEMBE-FML, 2004.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociol. Health Illn.**, Henley on Thames, v.4, n.2, p. 167-183, jul. 1982.

BURY, M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. **Sociol. Health Illn.**, Henley on Thames, v.13, n.4, p. 451-468, dez.1991.

BURY, B.; TAYLOR, D. Towards a theory of care transition: from medical dominance to managed consumerism. **Soc. Theory & Health.**, v. 6, p. 201-219, ago. 2008. Doi:10.1057/sth.2008.9. Disponível em: <http://www.palgrave-journals.com/sth/journal/v6/n3/pdf/sth20089a.pdf>. Acesso em 02/07/2013.

BURY, M. Ruptura biográfica. Prefácio. **Rev. Eletrônica TEMPUS - Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 37-39, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/962/904>. Acesso em: 17/12/2011.

BUSANELLO, J. *et al.* Necessidades coletivas e individuais de saúde de população com doença cardiovascular. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v.7, nesp, p. 7195-9, dez. 2013. Disponível em: <file:///D:/Downloads/5409-50962-1-PB.pdf>. Acesso em: 09/07/2014.

CALAÇA, G. C. F.; CAMARGO, V. T.; BARA, O. O "cuidado de si" em Platão e em Balzac: algumas páginas da história da subjetividade. **Rev. Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.10, n.4, p.1271-1300, dez. 2010.

CAMARGO, T. B. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente o acidente com fluidos biológicos**: contribuições da enfermagem. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CANESQUI, A.M. Estudo de caso sobre a experiência com “pressão alta”. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 903-904. jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/13.pdf>. Acesso em: 05/09/2014.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crônica. **Ciênc. Cuidado Saúde**, Maringá, v.5, supl., p. 119-126. 2006.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.30, n.1, p. 146-161, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>. Acesso em: 16/01/2014.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.34, n.2, p. 138-144, jun. 2000.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v.15, n.37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

CHARMAZ, K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. **Sociol. Health Illn.**, Henlen on Thames, v.5, n.2, p. 168-195, 1983. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10491512/pdf>. Acesso em: 22/03/2011.

CHARMAZ, K. The body, identity, and self: adapting to impairment. **Sociol. Quart.**, Berkeley, v.36, n. 4, p. 657-680, set. 1995. Article first published online: 21 Apr. 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+17+March+from+10-14+GMT+%2806-10+EDT%29+for+essential+maintenance>. Acesso em: 22/03/2011.

CHARMAZ, K. Reconstructing grounded theory. In: BICKMAN, L., ALASUUTARI, P., BRANNEN, J. (Ed.). **Hand book of social research**. London: Sage, 2007. p. 461-478.

CHARMAZ, K. Views from the margins: voices, silences, and suffering. **Qual. Res. Psychol.**, v.5, n.1, p. 7-18, jan. 2008.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, K; ROSENFELD, D. Chronic illness. In: COCKERHAM, W. C. **The new Blackwell companion to medical sociology**. Malden: Wiley–Blackwell. 2010. p. 312-333.

COOKE, H.; PHILPIN, S. **Sociologia em enfermagem e cuidados de saúde**. Tradução: Atlânticas Traduções LTDA. Loures: Lusociência, 2011. p. 240.

COSTA, V. T.; ALVES, P. C. LUNARDI, V. L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 27-31, jan./mar. 2006.

COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 53-58, jan./mar. 2007.

CRUZ, S.; ESPERANZA, E.; OSORIO, F. R. Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo. **Av. Enferm.**, Bogotá, v.29, n.2, p. 307-318. jul./dez. 2011.

CURITIBA. Prefeitura de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. Portal da Prefeitura de Curitiba. [online]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/equipe-sms-secretaria-municipal-da-saude/255/33>. Acesso em: 16/11/2011.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças**: o papel da ANS. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar, jul. 2003. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>. Acesso em: 16/11/2011.

DEATON, C. *et al.* The global burden of cardiovascular disease. **J. Cardiovasc. Nurs.**, Frederick, v.26, n.4, p. 5-14, jul. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 10/12/2012.

DIAS, E. P. Conceito de gestão e administração: uma revisão crítica. **Rev. Eletr. Adm.** – FACEF. São Paulo, v.1, n.1, p. 1-12, jul./dez. 2002. Disponível em: [http://legacy.unifacef.com.br/rea/edicao01/ed01\\_art01.pdf](http://legacy.unifacef.com.br/rea/edicao01/ed01_art01.pdf). Acesso em: 22/12/2011.

FELDE, L. H. Elevated cholesterol as biographical work – expanding the concept of 'biographical disruption. **Qual. Sociol. Rev.**, v.7, n.2, p. 101-120, ago. 2011. Disponível em: [www.qualitativesociologyreview.org](http://www.qualitativesociologyreview.org). Acesso em: 31/05/2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Fundação Oswaldo Cruz. [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GERRISH, K.; LACEY, A. **The research process in nursing**. 5.ed. New York: Blackwel, 2006.

GIROTTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1763-72, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>. Acesso em: 28/05/2014.

GOHAR, F. *et al.* Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. **BMC Complement. Altern. Med.**, London, v.8, n. 4, p. 1-9, fev. 2008. Doi: 10.1186/1472-6882-8-4. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6882-8-4.pdf>. Acesso em: 20/09/2012.

GLASER, B. G. **Advances in the methodology of Grounded Theory**: theoretical sensitivity. Los Angeles: The Sociology Press, 1978.

GLASER, B. G. The future of Grounded Theory. **Qual. Health Res.**, Newbury Park, v.9, n.6, p. 836-845, nov.1999.

GONZÁLES, R., FERNANDO, L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GRAFFIGNA, G. *et al.* How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. **BMC Public Health.**, London, v.14, n. 648, p. 1-12, jun. 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/648>. Acesso em: 09/08/2014.

GREGG, C. H; ROBERTUS, J. L.; STONE, J. B. **The psychological aspects of chronic illness**. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1989.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.6, p. 1038-42. nov./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a08.pdf>. Acesso em: 22/05/2013.

HEYWORTH, L. *et al.* Influence of shared medical appointments on patient satisfaction: a retrospective 3-Year study. **Ann. Fam. Med.**, Cleveland, v.12, n.4, p. 324-330, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.annfammed.org/content/12/4/324.long>. Acesso em: 26/09/2014.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4ª ed. Porto Alegre. Artmed: 2006.

HIGGINBOTTOM, G. M. A. 'Pressure of life': ethnicity as a mediating factor in mid-life and older peoples' experience of high blood pressure. **Sociol. Health Illn.**, Henlen on Thames, v.28, n.5, p. 583-610, jul. 2006.

HOLTON, J. A. The coding process and its challenges. **The Grounded Theory review**, v.9, n.1, p.21-40, 2010. Disponível em: <http://www.groundedtheoryreview.com/abstracts/HoltonCodingProcessvol9no1.htm>. Acesso em: 23/09/2011.

HORTON, R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025. Comment. **Lancet**, London, v.381, n.9866, p. 509 - 510, fev. 2013. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)60100-2. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60100-2/fulltext#article](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60100-2/fulltext#article). Acesso em: 04/02/2013.

JONES, K.; KAEWLUANG, N.; LEKHAK, N. Group visits for chronic illness management: implementation challenges and recommendations. **Nurs. Econ.**, Pitman, v.32, n.3, p. 118-134, mai./jun. 2014. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/828492>. Acesso em: 15/08/2014.

KIM, G. S. *et al.* Effects of community-based case management by visiting nurses for low-income patients with hypertension in South Korea. **Jpn. J. Nurs. Sci.** Tokyo, v.11, p. 35-43, jan. 2014.

LANDSBERG, G. A. P. *et al.* Análise de demanda em medicina de família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 325-336, nov. 2012.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 5.ed. Tradução: Sonia M. S. Furhrmann. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEITÃO, G. C. M. Reflexões sobre gerenciamento. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 104-115, jan./abr. 2001.

LEPE, J. R. M.; HERRERA-PAREDES, J. M.; PALOALTO, M. L. R. Factores psicológicos que influyen en conductas promotoras de salud del adulto mayor hipertenso. **Desarrollo Cientif Enferm.**, Tlalnepantla, v.19, n.10, p. 334-8, nov./dez, 2011. Disponível em: <http://www.index-f.com/dce/19/r19-334.php>. Acesso em: 23/08/2013.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade-epidemiologia das doenças crônicas não – transmissíveis**. São Paulo: Hucitec / ABRASCO, 1998.

LESSA, M. E. P. M. Os rins e hipertensão arterial. **Rev. Alerta Hipertenso**, São Paulo, v.36, n.8, p. 1-12, set./out. 2002.

LOPES, M. C. L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletrôn. Enferm.**, Goiânia, v.10, n.1, p. 198-211. jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso em: 17/10/2013.

LORIG, K. Partnerships between expert patients and physicians. **Lancet**, London, v.359, n.9309, p. 814-815, mar. 2002. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)07959-X. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07959-X/fulltext#article\\_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07959-X/fulltext#article_upsell). Acesso em: 20/9/14.

LUZ, E. L.; BASTO, M. L. The opinion of patients with COPD: the process of becoming chronically ill. **Ciênc. Saúde Colet.** [online], Rio de Janeiro, v.18, n. 8, p. 2221-28, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/06.pdf>. Acesso em: 22/08/2013.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, mai. 2012.

MACIEL, K. F. *et al.* A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.10, n.3, p. 437-43, jul./set. 2011. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.10845.

MANTOVANI, M. F.; MENDES, F. R. P. **A condição crônica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação**. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. (org.). Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 11-26.

MARCOLINO, C.; SANTOS, L. M. Hipertensão arterial sob a ótica da promoção da saúde: estudo qualitativo. **OBJN [revista eletrônica] CAPA**. v.8, n.2, ago. 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2281> Acesso em: 03/11/2011.



MARGOLIUS, D. *et al.* Health Coaching to improve hypertension treatment in a low-income, minority population. **Ann. Farm. Med.**, Cleveland, v.10, n.3, p. 199-205. mai./jun. 2012. Disponível em: [www.annfanned.org](http://www.annfanned.org). Acesso em: 12/08/2014.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução: Ana Maria Thorell. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MEAD, G. H. **Espíritu, persona y sociedad**: desde el punto de vista del conductismo social. 4.ed. Barcelona: Paidós, 2010.

MENDES, F. Doenças crônicas: a prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. **Pensar Enferm.**, Lisboa, v.9, n.1, p. 42-72, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control**. Geneve: World Health Organization, World Heart Federation, World Stroke Organization, 2011.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; HERNÁNDEZ-IBARRA, E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p. 2178-286, set. 2007.

MODESTI, P. A. *et al.* Cardiovascular risk assessment in low-resource settings: a consensus document of the European Society of Hypertension Working Group on Hypertension and Cardiovascular Risk in Low Resource Settings. **J. Hypertens.**, London, v.32, n.5, p. 951-60, mai. 2014. Doi: 10.1097/HJH.0000000000000125. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24577410>. Acesso em: 26/08/2014.

MORSE, J. M. Situating Grounded Theory within qualitative inquiry. In: SCHREIBER, R.S.; STERN, P.N. (Ed.). **Using Grounded Theory in nursing**. New York: Springer, 2001. p. 1-16.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MOURA, D. J. M, *et al.* Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.4, p. 759-65, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a20v64n4.pdf>. Acesso em: 3/09/2014.

MOZAFFARIAN, D. *et al.* Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.371, p. 624-634, ago. 2014. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1304127> Acesso em: 09/09/2014.

NOVAIS, E. *et al.* O saber da pessoa com doença crônica no autocuidado. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v.29, n.1, p. 36-44, 2009.

O'DONNELL, M. J. *et al.* Urinary sodium and potassium excretion, mortality, and cardiovascular events. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.371, p. 612-623, ago. 2014. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311889>. Acesso em: 09/09/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de doença crônica**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/bra>. Acesso em: 20/11/2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Melhoria dos Cuidados por meio das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Melhoria-dos-Cuidados-Cr%C3%B4nicos\\_port2.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Melhoria-dos-Cuidados-Cr%C3%B4nicos_port2.pdf) Acesso em 04/11/2013.

OVAISI, S.; *et al.* Stroke patients' perceptions of home blood pressure monitoring: a qualitative study. **Br. J. Gen. Pract.**, London, v.61, n.590 p. 604–610, set. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162184/>. Acesso em: 15/07/2012.

PÁSCOA, C.; SANTOS, M. C. Determinantes de adesão em doentes submetidos a angioplastia transluminal percutânea coronária. **Psicol. Saúde & Doenças**, Lisboa, v.13, n.2, p. 410-432, nov. 2012.

PERDIGÃO, C.; MAIA, C. Hipertensão de difícil controle em medicina familiar. **Rev. Bras. Hipertensão**, São Paulo, v.16. supl.1, p. 1-4, 2009.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, Crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p. 635-642, out. 2003.

PIERIN, A. M. G; *et al.* Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a hipertensão complicada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.95, n.5, p.648-54, out. 2010. Doi: 10.1590/S0066. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop12810.pdf>. Acesso em 20/7/2014.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.101, n.3, p. 65-73, set. 2013. Doi: 10.5935/abc.20130173. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n3/v101n3a20.pdf>. Acesso em: 24/07/2014.

PINOTTI, S.; MANTOVANI; M. F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.13, n.4, p. 526-534, out./dez. 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução: Ana Thorell. 5.ed. São Paulo: Artmed, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. ODM 8: Cooperação internacional é chave para enfrentar doenças não

transmissíveis. Avaliação da administradora do PNUD, Helen Clark, foi feita durante mesa redonda sobre o tema na reunião de cúpula da ONU, em NY do PNUD. Notícias. Disponível em: <http://www.pnud.org.br> - documento gerado: 30/09/2011. Acesso em: 10/11/2011.

QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. **Adoecer**: as interações do doente com sua doença. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

RIBEIRO, D. S.; MANTOVANI, M. F. Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.6, n.1, p. 97-104, jan./jun. 2001.

RIER, D. A. The patient's experience of illness. In: BIRD, C. E. *et al.* (Ed.). **Handbook of medical sociology**. 6.ed. Telaviv: Bar-Ilan University, 2010. p. 163-170.

RIJKEN, M. *et al.* Supporting self-management. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). **Caring for people with chronic conditions a health system perspective**. New York: McGraw-Hill, 2008. p. 116- 142.

SAFRA, G. Adoecimento físico e psíquico, saúde e cura: o corpo como presentificação da biografia. Conferência proferida para médicos. In: SIMPÓSIO DE PSICOLOGIA EM CARDIOLOGIA, 2007, São Paulo.

SAPAG, J. C. *et al.* Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v.27, n.1, p. 1-9, jan. 2010.

SCHAEFER, R. T. **Sociologia**. Tradução: Eliane Kanner, Maria Helena Ramos Bononi. São Paulo: McGraw – Hill, 2006.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**. Quarto da Série de seis fascículos em Saúde no Brasil. p. 61-74, mai. 2011. Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Acesso em: 16/11/2011.

SEQUIST, T. D. *et al.* Statewide evaluation of measuring physician delivery of self-management support in chronic disease care. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v.24, n.8, p. 939-45, ago. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 27/01/2012

SILVA, L. O. L. *et al.* “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis**. [online] Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 227-242. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/13.pdf>. Acesso em: 24/09/2014.

SIMMONS, O. Here is an excellent outline of the GT process. **Grounded Theory Institute a nonprofit organization**. Disponível em: <http://www.groundedtheory.com/>. Acesso em: 19/02/2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.95, n.1, p. 1-51, jul. 2010.

SOUZA, S. P. S.; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 156-164, jan./fev. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a23.pdf). Acesso em: 07/08/2014.

SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais/ABRAPSO. 2011. p. 192. Disponível em: [www.bvce.org/DownloadArquivo](http://www.bvce.org/DownloadArquivo). Acesso em: 17/01/2014.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Tradução: Karla Reis. Porto Alegre: Penso, 2011.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER D.R. **Investigação qualitativa em enfermagem**: avançando o imperativo humanista. Loures: Lusociência, 2002.

THOMAS, C. V.; CASTRO, E. K. Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: uma revisão de literatura. **Psicol. Saúde & Doenças**, Lisboa, v.13, n.1, p. 100-109. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a09.pdf>. Acesso em: 19/09/2014.

UNITED STATES OF AMERICA. Center of Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Division for Heart Disease and Stroke Prevention. **Heart disease and stroke prevention addressing the nation's leading killers**. Atlanta, 2011a. Disponível em: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2011/Heart-Disease-and-Stroke-AAG-2011.pdf>. Acesso em: 10/03/2012.

UNITED STATES OF AMERICA. Center of Disease Control and Prevention. Vital signs: prevalence, treatment, and control of high levels of low-density lipoprotein cholesterol — United States, 1999–2002 and 2005–2008. **MMWR**, Atlanta, v.60, n.4, p. 109-115. fev. 2011b. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr>. Acesso em: 10/03/2012.

WALKER, D.; MYRICK, F. Grounded Theory: an exploration of process and procedure. **Qual. Health Res.**, Newbury Park, v.16, p. 547-559, 2006.

WHITE, M. F.; KIRSCHNER, J.; HAMILTON, M. A. Self-care guide for the heart failure patient. **Circulation.**, Dallas, v.129, p. 293-294, jan.2014.

Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/129/3/e293.full>. Acesso em: 26/03/2014.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. A. U. **Enfermagem em cardiologia**. Tradução: Shizuka Ishii. Barueri: Manole, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies**: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 92 4 154599 2. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. Acesso em: 20/11/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Stop the global epidemic of chronic disease**: a practical guide to successful advocacy. Running title: WHO chronic disease handbook. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/chp/advocacy/chp.manual.EN-webfinal.pdf>. Acesso em: 20/11/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: World Health Organization, 2011a. ISBN: 9789241502283. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf). Acesso em: 10/01/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011b. ISBN: 978 92 4 156422 9. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf). Acesso em 06/10/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A global brief on hypertension**: Silent killer, global public health crisis. Geneva, World Health Organization, 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf). Acesso em: 16/08/2014.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1– DISTRITOS SANITÁRIOS DE PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE CURITIBA DO PARANÁ.....	199
APÊNDICE 2– ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 1º GRUPO AMOSTRAL .....	200
APÊNDICE 3– ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 2º GRUPO AMOSTRAL.....	201
APÊNDICE 4– ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 3º GRUPO AMOSTRAL.....	202
APÊNDICE 5– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	203

## APÊNDICE 1

SIGLA	DISTRITO SANITÁRIO	PREVALÊNCIA – HAS
DSBN	Distrito Sanitário Bairro Novo	13.207
DSBV	Distrito Sanitário Boa Vista	18.558
DSBQ	Distrito Sanitário Boqueirão	16.821
DSCJ	Distrito Sanitário Cajuru	16.804
DSCIC	Distrito Sanitário Cidade Industrial	15.296
DSMZ	Distrito Sanitário Matriz	6.474
DSPN	Distrito Sanitário Pinheirinho	13.986
DSPO	Distrito Sanitário Portão	13.284
DSSF	Distrito Sanitário Santa Felicidade	10.415

QUADRO 8 – DISTRITOS SANITÁRIOS DE PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA – CURITIBA – PR – 2014

FONTE: Relatório e-Saude – total de inscritos no SISHIPERDIA. Acesso em 23/04/2014.

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### 1º GRUPO AMOSTRAL

**TÍTULO:** Compreendendo o autogerenciamento do hipertenso no cuidado em saúde

**QUESTÃO NORTEADORA:** Como o doente crônico experiencia sua autogestão de cuidados?

**TESE:** Autogestão dos cuidados de saúde do enfermo crônico está relacionada à sua vivência, aprendizagem e ao grau de adoecimento.

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PARTICIPANTE

Senha do participante: \_\_\_\_\_ Entrevista \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Idade \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Estado conjugal \_\_\_\_\_ Profissão/Ocupação \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Grau de instrução \_\_\_\_\_ Renda familiar \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_ Tipo de moradia \_\_\_\_\_

Nº cômodos \_\_\_\_\_ Nº de filhos \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES – GUIAS

1. Conte-me como foi que o(a) senhor(a) descobriu que era hipertenso(a). E o que pensou naquele momento?
2. Como o(a) senhor (a) cuida da sua saúde?



## APÊNDICE 3

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 2º GRUPO AMOSTRAL

**TÍTULO:** Compreendendo o autogerenciamento do hipertenso no cuidado em saúde

**QUESTÃO NORTEADORA:** Como o doente crônico experiencia sua autogestão de cuidados?

**TESE:** Autogestão dos cuidados de saúde do enfermo crônico está relacionada à sua vivência, aprendizagem e ao grau de adoecimento.

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PARTICIPANTE

Senha do participante: \_\_\_\_\_ Entrevista \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Idade \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Estado conjugal \_\_\_\_\_ Profissão/Ocupação \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Grau de instrução \_\_\_\_\_ Renda familiar \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_ Tipo de moradia \_\_\_\_\_

Nº cômodos \_\_\_\_\_ Nº de filhos \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é hipertenso? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo se cuida? \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES – GUIAS

- 1) Quais são os motivos para se cuidar?
- 2) Por que se cuida?
- 3) O que o (a) motiva a fazer o exercício físico ou alongamento ou caminhar, ou a ir ao médico, ou a alimentar-se com restrição de sal ou a emagrecer?
- 4) Em que se inspira para ter motivos de se cuidar?
- 5) Além de aprender com profissionais onde mais aprende sobre como se cuidar?
- 6) O que percebeu depois que começou a fazer exercícios, conta para mim?
- 7) Como cuida da alimentação?
- 8) Como cuida da medicação?

## APÊNDICE 4

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 3º GRUPO AMOSTRAL

**TÍTULO:** Compreendendo o autogerenciamento do hipertenso no cuidado em saúde

**QUESTÃO NORTEADORA:** Como o doente crônico experiencia sua autogestão de cuidados?

**TESE:** Autogestão dos cuidados de saúde do enfermo crônico está relacionada à sua vivência, aprendizagem e ao grau de adoecimento.

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PARTICIPANTE

Senha do participante: \_\_\_\_\_ Entrevista \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Idade \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Estado conjugal \_\_\_\_\_ Profissão/Ocupação \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Grau de instrução \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES-GUIAS

1. Como aborda o hipertenso?
2. Como trabalha com o hipertenso sobre o que ele possa ter?
3. O que acha que ele precisa saber?
4. O que acontece com o hipertenso que consegue controlar a pressão arterial?
5. O que acontece com o hipertenso que não consegue controlar a pressão arterial?
6. Que comportamentos acha que ele tem?
7. Acha que ele sabe o que é HAS? Se sim, como sabe?
8. Como muda o comportamento do hipertenso?
9. Como acha que ele faz em relação ao tratamento para que dê certo?
10. Como sabe como ele age em relação à saúde dele para que dê certo?

## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Nós, Dda. Anice de Fátima Ahmad Balduino, Profª Drª. Maria de Fátima Mantovani, Profª Drª. Maria Ribeiro Lacerda, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor, a senhora, que possui uma faixa etária entre 18 entre 59 anos, hipertenso (a) para participar da pesquisa intitulada: “COMPREENDENDO O AUTOGERENCIAMENTO DO HIPERTENSO NO CUIDADO EM SAÚDE”. Sabe-se que, mediante pesquisa qualitativa, se evidencia novas formas de entendimento do comportamento do homem no mundo, pois os indivíduos enquanto seres socialmente entusiasmados nos faz compreender o que os transformam em agentes ativos desta sociedade.

- a) O objetivo desta pesquisa é entender como o senhor(a) realiza o seu cuidado de saúde, assim poder ajudar com orientações e informações referente ao estilo de vida no seu dia a dia.
- b) Em caso do senhor(a) participar desta pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas: como o senhor(a) experiencia sua autogerência em cuidados de saúde; conte-me como foi que o(a) senhor(a) descobriu que era hipertenso(a)? E o que pensou naquele momento? como o(a) senhor (a) cuida da sua saúde? Será realizada por meio da entrevista com o intuito de saber mais acerca do autogerenciamento em cuidados de saúde relacionados com sua vivência e aprendizagem. A entrevista será gravada, em média de aproximadamente 30 minutos, respeitando-se completamente o seu anonimato. As gravações ficarão de posse da pesquisadora e, tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
- c) Esta pesquisa não acarretará nenhum malefício, prejuízos monetários e morais para sua saúde. A entrevista não tem perguntas de cunho pessoal e não atrapalhará a sua rotina cotidiana e, caso seja necessário, ela será interrompida. Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida quanto aos cuidados de saúde para a pressão arterial elevada poderá ser esclarecido.
- d) A sua participação trará benefício para o senhor (a) e para os profissionais de enfermagem, uma vez que existem poucos estudos acerca do entendimento de como o senhor(a) que tem pressão arterial elevada, que convive diariamente e continua em suas atividades cotidianas.

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Rubrica:  
 Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal \_\_\_\_\_  
 Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
 Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

- e) A pesquisadora: Anice de Fátima Ahmad Balduino, enfermeira, mestre em enfermagem e doutoranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Rua Pref. Lothario Meissner, 632, 3º andar, bloco Didático II - Campus Botânico; telefone: (41) 91768461. E-mail: anicebalduino@ig.com.br. O(a) senhor(a) poderá fazer contato de segunda a sexta-feira, a partir das 17:00h. Assim, a pesquisadora poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- f) Estão garantidas todas as informações que o(a) senhor(a) queira saber antes, durante e depois da pesquisa.
- g) Caso as informações sejam divulgadas em relatórios para publicação, será feita de forma codificada para manter a confidencialidade.
- h) A sua participação é voluntária e se o senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado.
- i) Todas as despesas para a realização desta pesquisa não são de sua responsabilidade e, pela sua participação no estudo o(a) senhor(a) não receberá nenhuma ajuda financeira.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Rubrica:  
Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)  
Local e data

Assinatura do pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Rubrica:  
Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

ANEXO 1– PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	207
ANEXO 2– PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA.....	209

**ANEXOS 1**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS - UFPR**PROJETO DE PESQUISA****Título:** AUTOGERENCIAMENTO DO HIPERTENSO NO CUIDADO EM SAÚDE**Área Temática:****Pesquisador:** Anice de Fatima Ahmad Balduino**Versão:** 3**Instituição:** Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS**CAAE:** 03420112.7.0000.0102**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 61834**Data da Relatoria:** 30/07/2012**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa de Tese de Doutorado da enfermeira ANICE DE FÁTIMA AHMAD BALDUINO, sob orientação das prof. Maria de Fátima Mantovani e co-orientação da Prof. Maria Ribeiro de Lacerda. As pesquisadoras propõem a avaliação do autogerenciamento do hipertenso no cuidado em saúde. A análise de mérito foi elaborada pela Prof. Liliana Maria Lambronici, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFPR, no qual destaca a relevância da pesquisa, que poderá fornecer subsídios para o enfermeiro na prescrição de cuidados de enfermagem ao hipertenso. As pesquisadoras propõem uma pesquisa qualitativa, tendo como referencial metodológico a Grounded Theory. Construtivista, com a qual pretendem responder à questão: como o doente crônico experiencia sua autogerência de cuidados? A pesquisa será realizada mediante entrevista intensiva como ponto de partida para a coleta de dados, seguida de questões focais semiestruturadas iniciais simples, a partir das quais se consolida o primeiro

grupo amostral. Serão constituídos dois grupos amostrais: o primeiro grupo com dos portadores de HAS que frequentam o programa de hipertensos atendidos no Distrito Sanitário da Boa Vista da Prefeitura Municipal de Curitiba e que não apresentam nenhuma sequela aparente, com idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos, caracterizando um grupo de adultos em idade produtiva. O segundo grupo será representado pelos hipertensos que frequentam o programa de hipertensos também atendidos no Distrito Sanitário da Boa Vista da Prefeitura Municipal de Curitiba e que tiveram internações no ano anterior à entrevista e que tiveram crise hipertensiva. Caso necessário, novos grupos amostrais poderão ser formados a fim de que as respostas auxiliem na compreensão do fenômeno pelo pesquisador.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Interpretar como o enfermo crônico hipertenso realiza o autogerenciamento do cuidado em saúde;
- Construir um modelo teórico que explicita o autogerenciamento do cuidado em saúde do enfermo crônico hipertenso

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisadora prevê o risco de desconforto em relação à entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado e destaca o risco da utilização de dados sigilosos relacionados à pesquisa, mas assegura que todos os pacientes que participarem da pesquisa serão codificados, que os dados das entrevistas serão utilizados somente para a pesquisa e que as fitas da gravação das entrevistas serão destruídas após a transcrição das mesmas.

**Benefícios:** possibilidade do paciente ter um acompanhamento de seu tratamento com conhecimento por parte dos enfermeiros do autogerenciamento em cuidados com a sua saúde ajudando-o nas atividades que melhorem o seu cuidado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa a ser desenvolvida seguindo as orientações da resolução 196/96.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos são apresentados e estão de acordo com as normas deste comitê e da resolução 196/96

**Recomendações:**

Não há novas recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa aprovado para execução.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador deverá observar os prazos para envio dos relatórios de pesquisa.

CURITIBA, 27 de Julho de 2012

---

Assinado por:  
Claudia Seely Rocco



**ANEXOS 2**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Anice de Fátima Ahmad Balduino protocolou sob o número 42/2012 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Compreendendo o autogerenciamento do hipertenso no cuidado em saúde." CAAE: 03420112700000102

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba 20 de junho de 2012.

Coordenador do CEP/SMS